



Rolanda Macedo

Relatório de Trabalho de Projeto

Integração de Enfermeiros no Bloco Operatório:
O Primeiro Passo para Cuidados de Excelência

Relatório de Trabalho de Projeto apresentado para
cumprimento dos requisitos à obtenção do grau de
Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica, realizada
sob a orientação científica da Professora Mariana
Pereira

Agosto 2015

[DECLARAÇÕES]

Declaro que este Relatório de Trabalho de Projeto é o resultado de investigação orientada e independente. O seu conteúdo é original e todas as fontes consultadas estão devidamente mencionadas no texto e na bibliografia.

A candidata,

Setúbal, ____ de _____ de 2015

Declaro que este Relatório de Trabalho de Projeto se encontra finalizado e em condições de ser apreciado pelo júri a designar.

O(A) orientador(a),

Setúbal, ____ de _____ de 2015

*“A excelência do exercício não é uma meta absoluta,
é um caminhar permanente.”*

Maria Dias Pinheiro

DEDICATÓRIA

José Luís Nunes Martins, filósofo português contemporâneo, escreveu: *“O sucesso exige uma dedicação que implica sacrifícios. Alguns, de coisas bem comuns”*.

Ao longo da preparação deste Relatório de Trabalho de Projeto, para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica, revejo-me nestas palavras. O esforço e o empenho exigidos pelo trabalho desenvolvido, porque ele o merecia e a minha vontade o impunha, trouxeram como preço mais alto a abdicação de “coisas bem comuns”, que não deixam por isso de ser as mais preciosas. Entre elas, o sacrifício de dividir horas, dias, semanas, meses, entre as obrigações profissionais e os compromissos académicos, que alteraram a rotina da minha presença na família. Anseio por viver os momentos que colocamos em pausa durante este período.

Assim, à minha filha, Maria, por ter sido capaz de compreender a importância deste passo na vida da mãe e ter crescido e feito face às suas responsabilidades, e ao meu marido, Paulo, por ter dado o primeiro impulso e sempre ter acreditado em mim neste percurso, dedico este Relatório, onde está parte de mim que ajudaram a construir. Também a pensar neles desejei e desejo progredir.

À minha querida e grande amiga Carla, uma companheira próxima e cúmplice, que se constituiu durante este percurso como um pilar de amizade, apoio e incentivo, deixo aqui uma outra palavra de dedicatória. O nosso destino era o mesmo, a nossa estrada, as circunstâncias, as condições e os meios também. Esta viagem uniu-nos e provou-nos, e é na partilha das dificuldades que na vida se constroem as maiores amizades.

AGRADECIMENTOS

A realização deste trabalho não teria sido possível sem a presença e a contribuição, de uma forma direta ou indireta, de um conjunto alargado de pessoas, às quais desejamos, nominalmente ou coletivamente, agradecer.

Em primeiro lugar, agradecemos à professora orientadora, Professora Mariana Pereira, pela disponibilidade demonstrada em acompanhar este percurso, quer na realização dos estágios quer na redação deste relatório, e em particular pela sua capacidade de transmitir a energia e a confiança para a sua conclusão.

Agradecemos à Prof.^a Doutora Lurdes Martins, coordenadora do Curso, pela criação de condições para que este trabalho se desenvolvesse e por nos ter transmitido a responsabilidade de ter a qualidade académica e profissional como alvo desta Instituição. Não esquecemos o contributo da Prof.^a Doutora Alice Ruivo, primeira coordenadora do Curso, que, numa fase inicial, nos consciencializou para esses mesmos objetivos.

A todos os restantes professores do Curso, o nosso agradecimento, genérico na forma mas com uma lembrança particular de cada um, pelo empenho na transmissão de conhecimentos e na dedicação à nobre tarefa de ensinar. Entre eles, gostaríamos de destacar um agradecimento especial à Prof.^a Doutora Lucília Nunes, pela excelência na capacidade de despertar o interesse e a consciência para a importância fulcral dos princípios de ética e deontologia na prestação dos cuidados de saúde.

Agradecemos ao Enf.^o Marco Fragata, coordenador do Bloco Operatório, onde exerço funções, pela compreensão da condição de profissional-estudante e o apoio na criação de condições para, sem prejuízo do desempenho, completar este percurso e possibilitar a aquisição de competências que enriquecerão o serviço.

Agradecemos também à Enf.^a Céu Relvas, enfermeira orientadora de estágio, verdadeira guia ao longo dos estágios realizados, sempre capaz e disponível para encaminhar e corrigir no melhor sentido para a conclusão desejada.

À equipa de enfermagem do Bloco Operatório, os nossos agradecimentos, pelo acolhimento oferecido à realização dos projetos e pela participação nos questionários e sugestões para o melhoramento das propostas a incluir. Entre a equipa, agradecemos de forma particular às Enf.^{as} Anabela Fernandes e Elsa Silva, pela valiosa colaboração prestada ao nosso projeto, demonstrando que a cooperação entre colegas de profissão é um fator de crescimento pessoal e coletivo que enriquece um serviço.

Numa nota mais pessoal, agradecemos, de coração, aos pais e sogros, pelo apoio presente e permanente durante este percurso académico, quer através de palavras de incentivo quer de ações facilitadoras de rotinas e resposta a necessidades. Contribuíram em muito para que esta meta fosse alcançada.

Agradeço, finalmente, a Deus, sempre amigo e protetor, pela vida, a saúde, a capacidade e a vontade que me permitiram frequentar e concluir este Curso. Mais do que por palavras, desejo agradecer-Lhe na prática, aplicando todos os talentos e competências ao meu dispor ao serviço de toda e qualquer pessoa que colocar no meu caminho.

RESUMO

O presente Relatório de Trabalho de Projeto surge no âmbito do 3º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal e a sua construção, apresentação e discussão pública visam a obtenção do grau de Mestre nesta área científica.

Os objetivos deste relatório passam por apresentar o PIS – Projeto de Intervenção em Serviço e o PAC – Projeto de Aprendizagem Clínica, e descrever e analisar o desenvolvimento das competências adquiridas como Enfermeira Especialista e Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

No âmbito dos estágios realizados no Bloco Operatório do Centro Hospitalar X foram desenvolvidos, segundo a metodologia de trabalho de projeto, dois projetos: um Projeto de Intervenção em Serviço sobre “Integração de Enfermeiros no Bloco Operatório – O Primeiro Passo para Cuidados de Excelência”, cuja realização nos permitiu criar e implementar um programa de integração de novos enfermeiros no Bloco Operatório, com o objetivo de melhorar a qualidade e a segurança das integrações, sendo que foi um contributo para uma eficaz integração, facilitadora e potenciadora de uma prestação de cuidados de excelência; e um Projeto de Aprendizagem Clínica, centrado no desenvolvimento dos domínios nas áreas da prevenção e controlo de infeção, da resposta na catástrofe e emergência multivítima e do cuidar da pessoa em situação crítica e em situação crónica e paliativa. Ambos os projetos contribuíram para o desenvolvimento das competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, designadamente em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica e em Pessoa em Situação Crónica e Paliativa, bem como as competências de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

Ao longo do Relatório, descrevemos o percurso efetuado no Curso e respetivos estágios, analisando os seus aportes no desenvolvimento de competências especializadas e de mestre em enfermagem, contribuindo para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados, dentro do alvo desejável da excelência na profissão de Enfermagem.

Palavras-Chave: Enfermagem Médico-Cirúrgica; Competências do Enfermeiro Especialista; Metodologia de Trabalho de Projeto; Integração; Bloco Operatório.

ABSTRACT

This Project Work Report comes out as part of the 3rd edition of the Medical-Surgical Nursing Master's degree in the School of Health, Polytechnic Institute of Setúbal. Its construction, presentation and public discussion aims the achievement of a Master's degree in this scientific area.

The objectives of this report are to present the IPS – Intervention Project in Service – and the CLP – Clinic Learning Project – and describe and analyze the development of skills acquired as Specialist Nurse and Master in Medical-Surgical Nursing.

Two projects were carried out during the internship: an Intervention Project in Service entitled as "Integration – The First Step to Excellence Care", which allowed us to create and implement a program for the integration of new nurses in the operating room, which has been a contribution to an effective integration, promoting and enabling the provision of a care of excellence; and a Clinic Learning Project, aimed at developing the skills of a Specialist Nurse regarding the prevention and control of infections, the answer in disaster situations and multi victim emergencies, and the care of someone in critical and in chronic and palliative situations. Both projects contributed to the development of the common and specific skills of the Specialist Nurse in Medical-Surgical Nursing, namely in the care to the Patient in Critical Situation or in Chronic and Palliative Situation, as well as the development of the skills of Master in Medical-Surgical Nursing.

Throughout the Report, we will describe the route followed during the Course and respective internships, analyzing their contributions to the development of expertise and mastership in Nursing, and to the continuous improvement of the quality of care provided within the desirable goal of excellence in the Nursing profession.

Keywords: Medical-Surgical Nursing; Specialist Nurse Skills; Project Work Methodology; Integration; Operating Room.

SIGLAS

AESOP – Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses

ANCP – Associação Nacional de Cuidados Paliativos

APCP – Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos

BO – Bloco Operatório

CCI – Comissão de Prevenção e Controlo da Infecção

CHX – Centro Hospitalar X

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CMEMC – Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica

CP – Cuidados Paliativos

DGS – Direção Geral de Saúde

DR – Diário da República

ESS – Escola Superior de Saúde

FMEA – Failure Mode and Effects Analysis

IACS – Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde

IPS – Instituto Politécnico de Setúbal

NP 405 – Norma Portuguesa 405

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PAC – Projeto de Aprendizagem Clínica

PIO – Projeto de Intervenção Organizacional

PIS – Projeto de Intervenção em Serviço

PNCI – Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção

PNCP – Programa Nacional de Cuidados Paliativos

REPE – Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

SFAP – Société Française d'Accompagnement et de soins Palliatifs

SWOT – *Strenghts, Weaknesses, Oportunities, Threats*

UC – Unidade Curricular

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

UCPA – Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos

UE – Unidade de Esterilização

UT – Unidade Temática

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 – A Aprendizagem perante um Processo de Transição	28
Figura 2 – Intervenções em Terapêutica de Enfermagem	31

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 – Diagrama da Teoria das Transições, Teoria de Médio Alcance	23
---	----

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	14
1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL	17
1.1. A TEORIA DAS TRANSIÇÕES	17
1.2. PADRÕES DE QUALIDADE	34
1.3. PROCESSO DE INTEGRAÇÃO	50
1.3.1. A Integração no Bloco Operatório	55
1.3.2. O Desenvolvimento de Competências segundo Benner	63
1.4. CONTROLO DE INFEÇÃO HOSPITALAR	67
1.5. INTERVENÇÃO EM CATÁSTROFE E EMERGÊNCIA MULTIVÍTIMA ...	68
1.6. CUIDADOS PALIATIVOS	70
2. PROJETO DE INTERVENÇÃO EM SERVIÇO	73
2.1. SÍNTESE DA METODOLOGIA UTILIZADA	73
2.1.1. Diagnóstico de Situação	73
2.1.2. Planeamento	78
2.1.3. Execução	79
2.1.4. Avaliação	83
2.1.5. Divulgação	86
3. PROJETO DE APRENDIZAGEM CLÍNICA	88
3.1. DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO	88
3.2. PLANEAMENTO	96
3.3. EXECUÇÃO, AVALIAÇÃO E DIVULGAÇÃO	96
4. ANÁLISE DE COMPETÊNCIAS	102
4.1. COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA	103
4.2. ESPECÍFICAS DO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM MÉDICO- CIRÚRGICA	108
4.2.1. Pessoa em Situação Crítica	109
4.2.2. Pessoa em Situação Crónica e Paliativa	114
4.3. MESTRE EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA	116
5. CONCLUSÃO	125
BIBLIOGRAFIA	129

APÊNDICES	138
Apêndice 1: Artigo Científico	139
Apêndice 2: Caracterização do Contexto	148
Apêndice 3: Análise SWOT	152
Apêndice 4: Questionário	154
Apêndice 5: Pedido de Autorização	158
Apêndice 6: Resultados dos Questionários	160
Apêndice 7: Ficha de Planeamento do PIS	168
Apêndice 8: Manual de Integração	176
Apêndice 9: Apresentação do Programa de Integração	234
Apêndice 10: Lista de Verificação da Tomada de Conhecimento do PIS	239
Apêndice 11: Procedimento de Integração	242
Apêndice 12: Instrumento de Avaliação do Programa de Integração	247
Apêndice 13: Poster sobre Integração de Enfermeiros no BO	250
Apêndice 14: Planeamento e Cronograma do PAC	252
Apêndice 15: Apresentação da Sessão Formativa com Prática Simulada	260
Apêndice 16: Planeamento das Ações de Formação	264
Apêndice 17: Instrumento de Avaliação das Formações	271
Apêndice 18: Poster sobre Terapia de Feridas	276
ANEXOS	278
Anexo 1: Autorização da Diretora de Enfermagem do CHX	279
Anexo 2: Folha de Divulgação das Sessões	281
Anexo 3: Folha de Avaliação das Sessões	283

INTRODUÇÃO

O presente Relatório de Trabalho de Projeto foi desenvolvido e é apresentado no âmbito do 3º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, lecionado na Escola Superior de Saúde (ESS) do Instituto Politécnico de Setúbal (IPS) e a sua elaboração e discussão pública visam a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

O Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica contempla um total de 90 ECTS (*European Credit Transfer and Accumulation System*) e visa oferecer um campo de aprendizagem teórica e de aplicação prática que possibilite a cada estudante obter competências comuns do enfermeiro especialista e competências específicas na área da Enfermagem Médico-Cirúrgica – Pessoa em Situação Crítica e Pessoa em Situação Crónica e Paliativa. Segundo o disposto nos regulamentos dos Mestrados da ESS e no Regime Jurídico dos graus e diplomas do Ensino Superior, cumpre ao estudante, candidato ao grau de Mestre, a apresentação e defesa de um trabalho de índole científica, neste caso denominado Relatório de Trabalho de Projeto.

O presente Relatório foi elaborado sob a orientação científica da Professora Mariana Pereira, docente da ESS IPS, sendo coordenadoras do referido Curso a Prof.^a Doutora Alice Ruivo, primeiramente, e Prof.^a Doutora Lurdes Martins, seguidamente e até à sua conclusão.

Em contexto de estágio, e utilizando a metodologia de trabalho de projeto, foi elaborado e desenvolvido um Projeto de Intervenção em Serviço (PIS) e um Projeto de Aprendizagem Clínica (PAC). Através do PIS foram desenvolvidas e aprofundadas as Competências Comuns do Enfermeiro Especialista; o PAC incidiu nas Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica e Pessoa em Situação Crónica e Paliativa. Por fim, foram ainda desenvolvidas as Competências de Mestre, competências essas demonstrativas da capacidade de ligação entre a aplicação dos conhecimentos teóricos adquiridos e a prática e a experiência clínicas. Este Relatório é, pois, o produto da reflexão e da análise críticas sobre os conhecimentos e a prática adquiridos e demonstrados, no presente, em cuidados de enfermagem complexos.

O tema do PIS apresentado por este Relatório parte da observação, em contexto

de estágio, da não existência de um programa de integração para os enfermeiros definido e implementado no BO no CHX, o que constituía uma insuficiência sentida, por nós e por toda a equipa de enfermagem. Pelo desafio de desenvolver um trabalho prático original e pela oportunidade de corresponder a uma necessidade prática sentida, a criação e a implementação de um programa de integração no BO tornou-se o tema central do PIS. Gostaríamos ainda de referir que foi elaborado um artigo científico sobre este Projeto, que se encontra em apêndice (Apêndice 1), sendo nossa ambição que este seja publicado futuramente, de modo a divulgarmos o trabalho realizado e dar resposta a um dos requisitos deste Curso.

No PAC, também desenvolvido no BO do CHX, e como já foi referido, pretendemos desenvolver as Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica e em Pessoa em Situação Crónica e Paliativa.

O objetivo principal deste Relatório é: Demonstrar a aquisição e o desenvolvimento de competências de Enfermeiro Especialista e de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

Este amplo e genérico objetivo é concretizado na prossecução dos seguintes objetivos específicos, que orientam a realização deste documento:

- Fundamentar a demonstração do saber adquirido e do trabalho desenvolvido através de enquadramento conceptual próprio e sustentado.
- Apresentar o PIS nas suas diferentes etapas.
- Apresentar o PAC nas suas diferentes etapas.
- Analisar as oportunidades de desenvolvimento e aprofundamento das Competências Comuns e Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica em Pessoa em Situação Crítica e em Pessoa em Situação Crónica e Paliativa, e de Mestre, durante a realização do PIS, do PAC e ainda ao longo do percurso académico.

Em termos estruturais, o presente Relatório encontra-se dividido em cinco capítulos. No primeiro capítulo, correspondente ao Enquadramento Conceptual, procedemos à sustentação teórica do ponto de partida de todo o trabalho desenvolvido nos projetos, nomeadamente: a pesquisa efetuada sobre a epistemologia de Enfermagem; os contributos retirados da Teoria das Transições de Meleis; os padrões de qualidade dos cuidados especializados; o processo de integração; a integração no BO; e o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica em Pessoa em Situação Crítica e em

Pessoa em Situação Crónica e Paliativa.

O capítulo seguinte apresenta o PIS desenvolvido, com a explicação das diferentes etapas percorridas, no âmbito de uma problemática de enfermagem da área da especialidade, no contexto de estágio. Apresentamos ainda uma síntese do trabalho realizado para o desenvolvimento de competências comuns do Enfermeiro Especialista.

Depois, no terceiro capítulo, é descrito o PAC, através de uma síntese do trabalho realizado para o desenvolvimento de competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica em Pessoa em Situação Crítica e em Pessoa em Situação Crónica e Paliativa e da análise das mesmas.

Segue-se a análise do desenvolvimento das competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, considerando ambas as áreas de especialização de Pessoa em Situação Crítica e em Pessoa em Situação Crónica e Paliativa, e, ainda, a análise do desenvolvimento de competências do Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Esta análise constitui o quarto capítulo.

Finalizamos com a Conclusão, onde sintetizamos e analisamos o trabalho desenvolvido; procuramos também realizar uma avaliação qualitativa sobre o cumprimento dos objetivos traçados para o trabalho, refletindo sobre os seus méritos e as suas limitações; discutimos o interesse e o contributo científico e prático do trabalho e as oportunidades de seguimento que poderá ter aberto; e concluímos com uma reflexão sobre o papel presente e futuro da frequência e da conclusão do Curso para a nossa visão sobre a profissão e os cuidados de Enfermagem.

Para enriquecer este Relatório, foram integrados Apêndices e Anexos que são apresentados no final do mesmo.

De realçar que o presente relatório foi redigido tendo por base as orientações de diversos documentos: Normas de Elaboração de Trabalhos Académicos da ESS; Considerações Éticas a ter em consideração nos trabalhos de investigação académica em enfermagem; e, Fundamentos, Enquadramento e Roteiro Normativo de Trabalho de Projeto.

Este relatório utiliza a Norma Portuguesa 405 para a referência bibliográfica e está de acordo com o novo Acordo Ortográfico para a Língua Portuguesa.

1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

No presente capítulo apresentaremos a sustentação teórica de todo o trabalho desenvolvido nos projetos concretizados, nomeadamente: a pesquisa efetuada sobre a epistemologia de Enfermagem; os contributos retirados da Teoria das Transições de Meleis; os padrões de qualidade dos cuidados especializados; o processo de integração; a integração no BO; e o Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica e em Pessoa em Situação Crónica e Paliativa.

A proposta teórica que escolhemos como orientadora e fundamentadora do PIS desenvolvido foi – a Teoria das Transições, teoria de médio alcance de Afaf Ibrahim Meleis. As razões da escolha desta Teoria como base conceptual relaciona-se com as suas qualidades de originalidade, rigor, aplicabilidade, praticabilidade, abrangência e, em particular, a preocupação demonstrada com uma visão holística do cliente. Acresce a estas características uma evidente adequação ao tema do projeto – a integração de novos enfermeiros no BO – como nos propomos demonstrar.

Assim, iniciaremos esta resumida explanação sobre a Teoria das Transições de Meleis com o seu enquadramento conceptual, a que se segue a apresentação da teórica e do seu ponto de partida, a exposição dos principais conceitos e definições, os contributos científicos para a disciplina de enfermagem, terminando com uma reflexão sobre o valor da aprendizagem e da aplicação das propostas de Meleis para o tema chave deste projeto.

1.1. A TEORIA DAS TRANSIÇÕES

A Epistemologia é o ramo da Filosofia que se foca na reflexão e na investigação sobre a natureza e a base do conhecimento (MELEIS, 2012). Tem como seus pontos de aplicação sectoriais ao estudo científico a definição, o desenvolvimento, a verificação, a acreditação e a validação do conhecimento (PRZYLEBSKI, 1997), contribuindo ainda para a reflexão sobre os limites, a teoria e os métodos de desenvolvimento no que concerne ao conhecimento (WHITE, 1999).

As disciplinas do conhecimento, pelo trabalho e aplicação dos seus criadores e intérpretes, desenvolvem um domínio teórico em volta dos seus conceitos centrais, bem como geram uma dinâmica de produção característica relativa às problemáticas e às

respostas e soluções para elas, que se refletem numa teorização própria (MELEIS, 2005). Esta teorização consubstancia-se no estudo e na reflexão de um domínio de conhecimento, que tem em comum o objeto de interesse, os valores e as crenças consensuais, os fenómenos identificados, os principais problemas e os métodos utilizados na procura de respostas por parte dessa disciplina.

O domínio da Enfermagem diferencia-se pelo seu objeto e pela sua essência, a prestação de cuidados em situação de doença. Encontra os seus limites na prática, na formação, na política e na gestão da prestação de cuidados, não descurando os pontos de contacto com as disciplina que com ela se relacionam (MELEIS, 2005).

Segundo Meleis, a teórica que escolhemos como referência para o âmbito da nossa investigação, o domínio da enfermagem é caracterizado por sete conceitos centrais (MELEIS, 2005, 2007, 2012), que resumimos de seguida:

- Cliente – um ser humano, com necessidades e capacidades, ator em interação com o e adaptável ao seu ambiente, que devido a doença ou risco de doença se encontra em situação de vulnerabilidade e/ou desequilíbrio.
- Transições – são consequência de modificações na saúde, nas relações, no ambiente e, na generalidade, na vida, das pessoas, que são depois causa de alteração no estado de saúde, nos papéis desempenhados, nas expectativas, nas competências e adquiridos do cliente, consequente mudança de comportamento e mudança da sua visão sobre si, o seu meio e as suas circunstâncias.
- Interação – resume-se no relacionamento entre o enfermeiro e o cliente, sob os pontos de vista terapêutico, relacional e de informação, indispensáveis à prestação de cuidados de enfermagem.
- Ambiente – conceito que se concretiza no contexto em que o cliente está integrado, nomeadamente a família, os amigos e as comunidades com que interage, bem com as condições e circunstâncias em que vive.
- Processo de Enfermagem – relaciona-se com o processo de conhecimento que conduz à tomada de decisão do profissional de enfermagem, e abrange os subconceitos de processo de avaliação, diagnóstico e intervenção, dinâmica de definição e avaliação de resultados.
- Terapêuticas de Enfermagem – centram-se na natureza e na prática das intervenções em resposta a um diagnóstico de enfermagem, com um

determinado fim, ou seja, procuram o sentido e o propósito de uma intervenção de enfermagem, em específico, e da ação de enfermagem, em geral, na prestação de cuidados ao cliente e na promoção da saúde.

- Saúde – embora não propondo diretamente uma definição para este conceito central, a autora incorpora-o em e relaciona-o com todos os outros, tornando-o transversal e indispensável ao entendimento do domínio da Enfermagem.

Identificado por Meleis o domínio de conhecimento de que parte o estudo da enfermagem, recorremos à autora para a definição de Teoria de Enfermagem, uma conceptualização de um aspeto da realidade da enfermagem, registado e comunicado com o objetivo de descrever os fenómenos, explicar as relações entre os fenómenos, prever consequências ou prescrever os cuidados de enfermagem (MELEIS, 2012).

Segundo a autora, *“uma Teoria é uma articulação organizada, coerente e sistemática de um conjunto de declarações relacionadas com questões significativas numa disciplina e comunicadas como um todo com sentido. É uma representação simbólica desses aspetos de uma realidade, que é descoberta ou inventada para descrever, explicar, prever, ou prescrever respostas, eventos, situações, condições, ou relacionamentos. As Teorias têm conceitos que estão relacionados com os fenómenos da disciplina. Estes conceitos relacionam-se entre si para formar declarações teóricas”* (MELEIS, 2012, p. 29). Especificamente sobre a teorização no domínio da Enfermagem, refere: *“Uma Teoria de Enfermagem é um reservatório no qual são armazenadas aquelas descobertas que são conceitos relacionados. É também reservatório para respostas relacionadas a fenómenos significativos de enfermagem”* (MELEIS, 2012, p. 29).

Meleis divide as Teorias de Enfermagem em três tipos, considerando os seus níveis de abstração, e, logo, ao âmbito mais geral ou mais específico da sua aplicação (MELEIS, 2012): grandes teorias, teorias de médio alcance e teorias de situação específica. A autora divide também as teorias em descritivas ou prescritivas, consoante se dirijam à descrição da relação entre fenómenos e à relação entre o cliente e o enfermeiro, as primeiras, ou se dirijam à enunciação de terapêuticas e intervenções de enfermagem, as segundas (MELEIS, 2012).

As Teorias de Enfermagem, enunciados conceptuais, são ferramentas do enfermeiro que se baseiam no conhecimento científico e na sua respetiva aplicação e incorporação na prática profissional. Para o tema deste trabalho – a integração dos novos enfermeiros no BO – pareceu-nos apropriado analisar a Teoria das Transições, de Meleis,

teoria, sob definição da própria autora, de médio alcance e de caráter prescritivo, cuja compreensão e aplicação aportam um contributo desejável para uma sensibilização dos profissionais quanto ao ambiente de constante mudança, vulnerabilidade e adaptação dos clientes que recebem cuidados nesse serviço.

Autora e Ponto de Partida Teórico

Afaf Ibrahim Meleis, egípcia radicada nos Estados Unidos da América, filha de enfermeira, manifesta que a Enfermagem fez parte da sua vida e do seu lar desde o nascimento. Desde a sua formação de base em Enfermagem, no Egito, os seus estudos conduziram-na num percurso transversal e complementar, em Sociologia e Psicologia Terapêutica e Social, já nos Estados Unidos da América. Os seus focos de interesse passaram pelas áreas de saúde global, saúde dos imigrantes, saúde da mulher e desenvolvimento teórico da disciplina da Enfermagem. É no acumular e entrecruzar dos seus interesses nas áreas da prática e da investigação que Meleis inicia o desenvolvimento da Teoria das Transições, em meados dos anos sessenta. Em 1975, estudando a importância da comunicação conjugal no planeamento do número de filhos, identifica que as suas propostas anteriores se encontravam incompletas, por não terem em consideração suficiente o seu conceito fundamental, precisamente as transições. A partir de então, focou o seu estudo nos fatores impeditivos de transições saudáveis e intervenções facilitadoras de transições saudáveis.

De acordo com MELEIS (2010), existe um conjunto de motivos que justificam a razão de as transições serem um foco central na Enfermagem, entre os quais destacamos as seguintes:

- os enfermeiros debatem-se com o cuidado a clientes que enfrentam diversas mudanças que afetam a saúde, tais como o acolhimento, a alta hospitalar, a reabilitação, a recuperação, ...;
- na literatura científica, é notório o interesse demonstrado pelos enfermeiros na realidade das transições, enquanto conceito de discussão;
- pelo avanço tecnológico e a contenção de custos, os clientes tendem a sair mais cedo do ambiente hospitalar, pelo que é necessária uma preparação para uma mudança mais rápida que facilite a reabilitação e a recuperação;

- o estudo das transições dos fatores ambientais e circunstanciais do cliente ajudam a identificar as causas de vulnerabilidade e desequilíbrio e a encontrar soluções apropriadas;
- a necessidade de compreensão do facto de que cada indivíduo, o seu círculo social e o seu ambiente são específicos, devendo por isso ser procurados os melhores meios de proporcionar transições adequadas às mudanças existentes;
- o prolongamento da esperança de vida de clientes com doenças crónicas e a sobrevivência de bebés prematuros ou com problemas de saúde, proporcionados com o avanço científico e tecnológico, obrigam a uma capacidade de intervir por parte do enfermeiro face às transições que com estas realidades advêm;
- as mudanças climáticas, populacionais e sociais da atualidade, nomeadamente em situação de catástrofe, provocam um crescendo de desafios de adaptação por parte dos clientes, a que não é alheia a ação de intervenção de enfermagem.

A palavra “transição” deriva do latim *transitio-onis*, que significa uma passagem lenta e suave de um lugar para outro, uma fase gradual num processo evolutivo (CHICK e MELEIS, 1986). No domínio da Enfermagem, o conceito de transição relaciona-se com a integração da mudança na forma de viver e na redefinição da forma de estar e ser do indivíduo que a sofre (MELEIS, 2012).

Os teóricos que valorizam a transição como conceito fundamental em Enfermagem apontam como suas características universais: o processo – as causas e a evolução que provocam a transição; a perceção – o significado que a transição adquire para quem a vivencia e os que o rodeiam; e a rutura – a alteração dos laços e a quebra nas relações, compromissos e expectativas na vida de quem atravessa um processo de transição.

Segundo Meleis, as transições originam-se em eventos críticos e mudanças nos indivíduos e nos ambientes, que tornam os indivíduos mais vulneráveis a riscos que afetam a sua saúde. A transição tem início assim que tais eventos ou mudanças são antecipados. Os enfermeiros, como profissionais de saúde responsáveis pela prestação de cuidados próxima do cliente, enfrentam as transições quando e se estas afetam a saúde, o bem estar e a capacidade de cuidar de si próprio de um cliente. Na sua definição, a transição é a *“passagem de um estado bastante estável para outro estado bastante estável e é um*

processo acionado por uma mudança. As transições são caracterizadas por diferentes etapas dinâmicas, marcos e pontos de viragem e podem ser definidas através de processos e/ou resultados finais” (MELEIS, 2010, p. 11).

A autora identificou que a interação simbólica desempenha um papel importante nos esforços de compreensão do mundo simbólico que constrói as interações e as respostas a um processo de transição. É desta análise que se desenvolvem as teorias referentes ao papel desempenhado pelos sujeitos face às transições, que apresentou nos anos setenta e oitenta. O conceito de papel é central na Teoria das Transições de Meleis, adotando ela a definição de TURNER (1985), segundo a qual o papel é entendido como um conjunto de comportamentos, de sentimentos e de objetivos, gerando um conjunto potencial de ações. Meleis teoriza que a impreparação do cliente para enfrentar devidamente um evento ou uma mudança provoca uma situação de Incapacidade para o Papel, enquanto que define com a expressão Recuperação do Papel a prevenção e a intervenção terapêutica que prepare ou habilite o cliente a lidar com o evento ou a mudança que provocou a transição (MELEIS, 2012).

A Insuficiência para o Papel é qualquer dificuldade na assimilação ou no desempenho de um papel, ou nos sentimentos e objetivos relacionados com um comportamento tipo de um papel, como percebido pelo próprio ou pelos que o circundam (MELEIS, 2007). Esta conceptualização levou Meleis a definir como alvo de transição saudável o domínio ou controlo (*mastery*, no original) de comportamentos e sentimentos ligados a um novo papel e processos de transição não problemáticos. Para Meleis, o desenvolvimento do conhecimento em enfermagem teria como objetivo a terapêutica de enfermagem e o mero entendimento teórico dos fenómenos relacionados com as situações de doença. Assim, iniciou o conceito de Recuperação para o Papel, compreendido como um processo deliberado através do qual a insuficiência, percebida ou potencial, para o papel pode ser identificada pelo cliente ou o seu cuidador. Este conceito encerra dois conceitos em si – os de Clarificação de Papel e Assunção de Papel – que são preventivos e terapêuticos (TOMEY e ALLIGOOD, 2004).

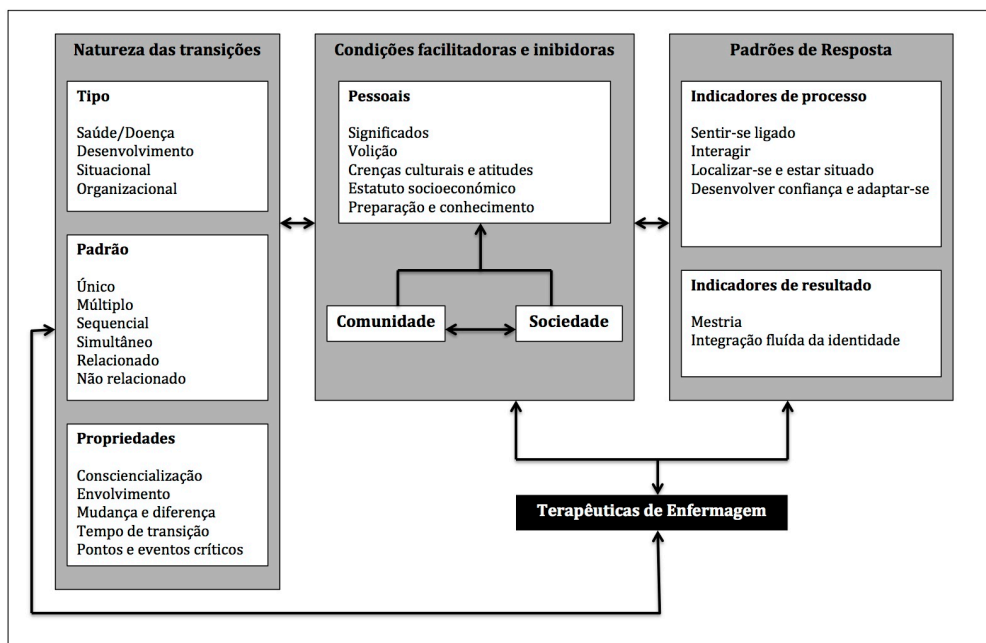
Tendo alcançado esta base conceptual, Meleis incorpora-a nos seus projetos de investigação, direcionada para as questões que definem os componentes, os processos e as estratégias relacionadas com o conceito de Incapacidade para o Papel, indispensável, segundo a autora, para apoiar o cliente a completar transições saudáveis, ou seja, um papel prático determinante a ser desempenhado pelo enfermeiro. Quanto ao conceito de transição

saudável, Meleis propôs como definição de saúde o conceito de Mestria – embora o termo em Inglês corresponda mais a uma ideia de domínio, de empoderamento – concretizado em variáveis como menos sintomas, bem estar percebido e capacidade para assumir novos papéis (*Idem*).

Antes de apresentar as bases e os conceitos chave da Teoria das Transições, resta referir as fontes teóricas de Meleis. Para além dos estudos de base em Enfermagem, Sociologia e Psicologia, Meleis baseou-se em projetos de investigação, programas educacionais e prática clínica em hospitais e ambientes comunitários, estudo e revisão científica de temas relevantes para o desenvolvimento teórico em questão e colaborações com investigadores que utilizaram o quadro conceptual das transições para os seus projetos e publicações.

Principais Conceitos e Definições

A identificação e apresentação dos principais conceitos e definições da Teoria das Transições, de Afaf Meleis, encontra-se condensada na obra de SCHUMACHER e MELEIS (1994), e divide-se entre a Natureza das Transições, as Condições Facilitadoras e Inibidoras e os Padrões de Resposta, como apresentamos no quadro abaixo.



Quadro 1 – Diagrama da Teoria das Transições, Teoria de Médio Alcance (Traduzido de MELEIS, 2010, p. 56)

A Natureza das Transições

Relativamente à sua Natureza, segundo Meleis, as Transições distinguem-se consoante o Tipo, o Padrão e as Propriedades.

Os Tipos de Transição incluem as transições de desenvolvimento, saúde/doença, situacional e organizacional.

As transições de desenvolvimento ou desenvolvimentais são as que se relacionam com os processos individuais e/ou familiares de desenvolvimento, provocados pela própria passagem do tempo na existência humana. São exemplos a passagem da infância para a adolescência, a menopausa e a chegada à idade da reforma, com todas as alterações e necessárias adaptações que estas transições implicam.

Consideram-se transições saúde/doença as que derivam de alterações abruptas no estado ou situação de saúde do cliente, nomeadamente a passagem de um estado saudável para uma situação de doença crónica ou agravamento de situação de saúde. Inserem-se também neste tipo, de saúde/doença, as transições consequência de alta hospitalar e processos de reabilitação e recuperação.

Chamam-se transições situacionais as que se relacionam com uma alteração do papel ou papéis desempenhados pelo cliente e a sua família, consequência de uma mudança do estado ou situação individual ou familiar. São exemplos deste tipo de transições a passagem de uma situação não parental para parental, com a chegada de um filho, a passagem do estado de casado para divorciado, uma situação de orfandade ou de perda de um outro familiar.

As transições organizacionais são aquelas que derivam de uma alteração nas condições ambientais que afetam o cliente e os seus prestadores de cuidados. Consubstanciam-se, de uma perspetiva macro, nas alterações da estrutura e da conjuntura social, política e económica, e, numa perspetiva mais limitada, na estrutura e na dinâmica das organizações, entre as quais os serviços de saúde.

Quanto aos padrões das transições, eles são dotados de duas características fundamentais (MELEIS *et al.*, 2000): a de multiplicidade, na medida em que as transições podem surgir e afetar o cliente e as pessoas à sua volta em número plural; e a de complexidade, na medida em que essas múltiplas transições interagem e afetam a vida do cliente na sua globalidade. Para a autora, deparamo-nos com padrões simples quando somente um processo de transição afeta a vida do cliente, e com padrões múltiplos quando mais do que uma transição está em curso. Por sua vez, os padrões múltiplos, que interagem

de forma complexa na vida do cliente, são sequenciais quando existe um nexo de causalidade entre as transições, ou simultâneos se coexistirem entre si com diferentes causas, estando ou não interrelacionadas.

Finalmente, ainda dentro da Natureza das Transições, encontram-se as Propriedades das Transições, nas quais se incluem consciencialização, envolvimento, mudança e diferença, período de tempo e eventos críticos. Estas propriedades interligam-se como um processo complexo, manifestando-se em maior ou menor grau, com maior ou menor notoriedade, no processo de transição atravessado pelo cliente.

A consciencialização é definida como a percepção, o conhecimento e o reconhecimento de uma experiência de transição (TOMEY e ALLIGOOD, 2004), e o seu nível reflete-se no grau de congruência entre a observação das respostas e percepções perante a transição e o que é expectável pela experiência em casos análogos. A consciencialização é um indicador de que um processo de transição iniciou e está em curso (CHICK e MELEIS, 1986), mas a sua ausência não indica em definitivo a ausência de uma transição (MELEIS *et al.*, 2000).

O envolvimento, por sua vez, é um conceito que exprime a noção de participação ativa, empenhada e implicada do cliente e dos que o circundam nos processos da transição.

Na teoria de Meleis, não poderá existir envolvimento sem consciencialização (MELEIS *et al.*, 2000) e esta influencia decisivamente o primeiro; o grau de envolvimento é diretamente proporcional ao grau de consciência quanto às mudanças, presentes e potenciais, aos níveis físico, emocional, social e ambiental. Para além da consciencialização, também a condição física do cliente, os recursos ao seu dispor e o seu suporte social influenciam a capacidade de envolvimento, concretizando-se esta na procura de informação e de recursos, preparação prévia para enfrentar os desafios e na adaptação e na aprendizagem para novas realidades de vida.

Observadas em conjunto como propriedade das transições, as noções de mudança e diferença devem ser consideradas atentamente pelo enfermeiro, pelo impacto que têm no nível de conforto do cliente com a nova situação e a sua capacidade para a gerir. O processo de transição provoca mudança, nomeadamente no sentido de identidade, no papel desempenhado, nos relacionamentos, capacidades e padrões de comportamento, o que constitui um desafio ao cliente e aos que lhe estão próximos. MELEIS *et al.*, (2000) observa que todas as transições envolvem mudança, embora nem toda a mudança advenha de uma transição. Para identificar a mudança e saber como lidar com ela, é necessário

descobrir e descrever os seus efeitos, os seus significados e as suas dimensões. Já o conceito de diferença relaciona-se com a não concretização ou divergência entre as expectativas e a realidade que se apresenta ao cliente, um sentimento de não ser igual ou ser percebido como não igual, ou uma mudança na perspetiva dos outros e do mundo.

Seguindo o conceito fundamental de que as transições se caracterizam pela sua fluidez e movimento no tempo, aparece também como propriedade das transições a noção de período de tempo. BRIDGES (1980, 1991) apresenta o próprio conceito de transição como *“um período de tempo, com um ponto de partida identificável, que se estende desde os primeiros sinais de antecipação, percepção ou demonstração de mudança; que se move através de um período de instabilidade, confusão e ansiedade; até um eventual ‘fim’ com um novo começo ou período de instabilidade”* (TOMEY e ALLIGOOD, 2004, p. 421). No entanto, MELEIS *et al.*, (2000), realçando as características de fluidez e movimento num processo de transição e embora não discordando da definição anteriormente proposta, defende que não é possível nem desejável colocar barreiras temporais que compartimentem as experiências de transição.

Embora não sejam evidentes em todas as transições, elas apresentam usualmente eventos críticos, identificados como marcos que influenciam o desenrolar de uma transição, sendo, em concreto, acontecimentos como nascimento, morte, cessação de menstruação ou o diagnóstico de uma doença (TOMEY e ALLIGOOD, 2004). Um evento, acontecimento ou ponto crítico de uma transição despoleta um aumento na consciencialização face à mudança e diferença por si provocada, e ainda um acréscimo de envolvimento na sua lida ou resolução. No caso de eventos de carácter final ou resolutório, eles acarretam um novo senso de estabilidade, uma nova realidade de rotinas, capacidades, estilo de vida, que respondem a períodos de instabilidade anteriores. A identificação, descrição e consideração apropriadas dos acontecimentos fulcrais da transição constituem uma ferramenta indispensável para os cuidados do cliente pelo enfermeiro, no apoio devido durante o processo de transição (MELEIS, 2010).

As Condições da Transição

Segundo SCHUMACHER e MELEIS (1994), *“as condições da transição são todas e quaisquer circunstâncias que influenciam o modo como a pessoa atravessa uma transição, e que facilitam ou dificultam o progresso para atingir uma transição saudável”*

(TOMEY e ALLIGOOD, 2004, p. 421). Elas incluem fatores pessoais, comunitários ou sociais que ajudam ou obstaculizam o desenrolar e o desenlace de uma transição.

Incluem-se nas condições pessoais da transição as que se relacionam com os significados, atitudes, crenças culturais, estatuto socioeconómico, preparação e conhecimento.

O significado relaciona-se com a perceção e o valor atribuído pelo cliente à sua situação, a partir da leitura e da representação que faz de si, do seu contexto e das suas circunstâncias.

A atitude – ou volição ou vontade – representa a predisposição com que o cliente enfrenta a transição que se lhe apresenta. Toma a forma de cognitiva, segundo o conjunto de adquiridos culturais e de informação recebida sobre a sua situação de doença; de afetiva, quando analisada sob a perspetiva dos sentimentos positivos e negativos de resposta à sua situação; e, finalmente, de comportamental, relativamente aos sinais de aceitação, ânimo, repulsa, revolta, ou outros, face aos desafios colocados pelas alterações de uma transição.

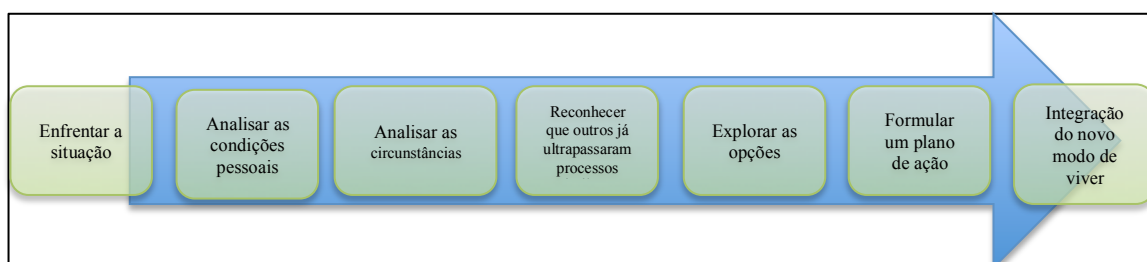
O estatuto socioeconómico é também observado por Meleis como uma condição facilitadora ou inibidora do modo como o cliente lida com o processo de transição, na medida em que lhe confere meios e recursos – materiais e humanos – que o ajudam a enfrentar a mudança e na adaptação a um novo modo de vida. O local de habitação, a possibilidade de escolha do serviço de saúde e o acompanhamento permanente são exemplos desses apoios, que variam em função do estatuto.

As crenças, formatadas pela cultura que rodeia o cliente, resultam da educação, do ambiente, das palavras e ações das pessoas significativas e das experiências anteriores, que influenciam, positiva ou negativamente, a condição pessoal perante a doença.

Perante um processo de transição, há um elemento que, quando existe e se bem aplicado, é facilitador de uma transição saudável, ao mesmo tempo que a sua ausência ou a sua presença imperfeita ou incompleta se torna limitador ou inibidor da mesma. Referimo-nos à importância de uma preparação, necessariamente anterior a um processo de transição, que passa pelo reconhecimento da situação vivida, do que se espera da transição e do encontrar e cumprir das estratégias apropriadas para o seu desenrolar e para a sua resolução. Ao mesmo tempo, e associado a esta preparação antecipada, aparece como condição facilitadora da transição o conceito de conhecimento, que se consubstancia no grau de informação e na capacidade de aprendizagem do cliente perante a transição. Para

que tal condição se torna de facto facilitadora no processo de transição, existe um conjunto de fases pela qual o cliente terá de passar, que apresentamos na figura 1.

Figura 1 – A Aprendizagem perante um Processo de Transição (Traduzido de MEZIROW, 2000; MELEIS, 2010; BRITO, 2012)



Relativamente às condições facilitadoras ou inibidoras da transição, resta salientar a influência da comunidade e da sociedade no empoderamento do cliente para enfrentar um processo de transição. O ambiente, a preparação e a acessibilidade aos recursos demonstrados pela comunidade em que se insere o cliente, e mesmo a sociedade de que faz parte essa comunidade, quando demonstram ser os adequados às suas necessidades, apresentam-se como importantes facilitadores de uma transição saudável; em sentido contrário, quanto mais distante estiverem o ambiente, a preparação e os recursos comunitários e sociais do necessário ao cliente para a sua transição, maior a sua dificuldade em lhe corresponder de forma saudável.

Padrões de Resposta

Após a análise sumária da natureza das transições e das condições facilitadoras e inibidoras das transições, chegou o momento de compreender a forma encontrada de observar e monitorizar as respostas evidenciadas pelos clientes durante e no final de um processo de transição. Segundo a Teoria de médio alcance das Transições, essa monitorização efetua-se através de padrões de resposta, as respostas similares observadas nos clientes ao longo da transição.

Os padrões de resposta são reveladores do nível de conhecimento e de desempenho dos indivíduos face aos desafios e contextos trazidos pelos eventos causadores de uma transição (MELEIS *et al.*, 2000).

Esses padrões de resposta – resposta no sentido de reação dos clientes ao longo da transição – são encontrados através de indicadores, que se distinguem entre indicadores de processo e indicadores de resultado (TOMEY e ALLIGOOD, 2004; BRITO, 2012).

Meleis (MELEIS *et al.*, 2000) considera como indicadores de processo aqueles que possibilitam a caracterização das respostas à transição, nomeadamente em relação às dimensões que influenciam a capacidade do cliente em reagir à mudança e encontrar meios de lhe fazer face. Conforme se dirijam a resultados favoráveis a uma transição saudável ou a uma situação de vulnerabilidade ou risco, eles permitem ao enfermeiro prever qual dos desfechos é mais provável e atuar no sentido de direcionar para o primeiro. Estes indicadores são: o sentir-se ligado, o interagir, o sentir-se situado e o desenvolver confiança e resiliência. De salientar, neste conjunto de indicadores, a importância da noção de espaço e tempo próprios – isto é, de contexto e circunstâncias –, de manutenção e aprofundamento de relacionamentos e de capacidade de enfrentar a adversidade.

Os indicadores de resultado revelam, no final da transição, a comparação entre o estado atual atingido e o estado esperado, constituindo uma ferramenta importante para a avaliação do final da transição e dos ganhos em saúde. Segundo Meleis (MELEIS *et al.*, 2000), constituem-se como indicadores de resultado a mestria e a integração fluída da identidade.

Ambos os indicadores de resultado relacionam-se com a capacidade do cliente para fazer face à sua nova condição e modo de viver, saídos da transição, e das competências desenvolvidas para a aceitar e gerir. Enquanto a mestria é o conjunto de conhecimentos, competências, comportamentos e relacionamentos evidenciados pelo cliente para lidar com as suas novas circunstâncias (MELEIS, 2007), a integração fluída na identidade concretiza-se na reestruturação e adaptação, alcançadas e concretizadas por parte do cliente na sua nova condição de vida e na sua nova forma de viver, estar e ser, isto é, a sua nova identidade (MELEIS *et al.*, 2000).

Para Meleis, as transições podem classificar-se entre saudáveis ou não saudáveis, consoante se mostre eficaz ou ineficaz a capacidade desenvolvida pelo cliente para assumir o seu papel, saído de um processo de transição. Meleis apresenta como indicadores de sucesso de uma transição saudável o bem estar emocional, as relações interpessoais e a mestria (MELEIS, 2010), ela própria indicador de resultado. Surgem também, de modo mais específico e concreto, como indicadores de uma transição saudável a qualidade de vida, a capacidade funcional, a autonomia, o maior nível de consciencialização, a vontade

e a capacidade de ação disponíveis e o desenvolvimento pessoal. Entre todos os indicadores, Meleis destaca a mestria, sendo que a capacidade de integrar de forma fluida e dinâmica as novas circunstâncias e condições saídas da transição na identidade são demonstrativas de uma transição de sucesso, isto é, saudável (MELEIS *et al.*, 2000; MELEIS, 2010, 2012).

Terapêuticas de Enfermagem

As terapêuticas de enfermagem são ações implementadas por um profissional de enfermagem com o propósito de cuidar dos clientes, segundo o conteúdo e os objetivos da enfermagem (MELEIS, 2007, 2010, 2012). As terapêuticas centram-se em três eixos de ação – promoção, prevenção e intervenção – relacionadas, na perspectiva da Teoria das Transições de Meleis, com a capacidade de desempenho do papel por parte do cliente em processo de transição.

SCHUMACHER e MELEIS (1994) conceptualizaram as intervenções terapêuticas de enfermagem através de três medidas ou fases de atuação largamente aplicadas à intervenção terapêutica ao longo das transições, que definem e valorizam o papel da enfermagem.

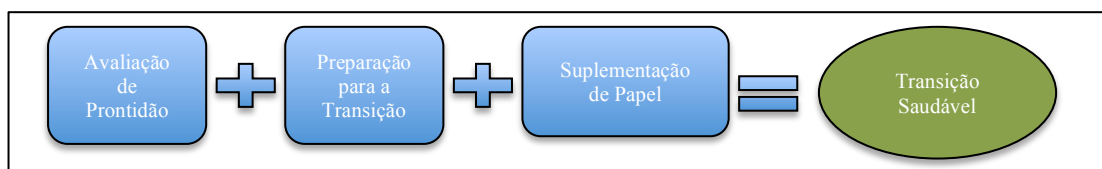
A primeira das intervenções terapêuticas identificadas e propostas é a chamada avaliação de prontidão, um esforço multidisciplinar que tem como alvo uma compreensão holística do cliente. Esta primeira intervenção terapêutica requer uma apropriada avaliação das condições de transição, com o objetivo de perceber o perfil de prontidão do cliente e para identificar os diferentes padrões de experiências das transições.

A segunda fase das intervenções terapêuticas em enfermagem proposta é a preparação para a transição, na qual a educação é vista como primeira forma para gerar as condições ideais no cliente para o processo de transição que atravessa.

Finalmente, como terceira proposta de intervenção aparece a suplementação do papel do cliente, ou seja, o seu sucesso em atingir o final de uma transição considerada saudável, nos termos definidos anteriormente. Descrito por MELEIS (2007, 2010 e 2012), a suplementação de papel apresenta-se como o componente de maior relevância nas intervenções terapêuticas de enfermagem, face à primazia dos cuidados na função de enfermagem, que se concretiza na adaptação à nova condição saída de uma transição, através do ensino e do treino, e a integração de novos conhecimentos e competências; em resumo, pela influência desta terapêutica na eficácia do desempenho do papel do cliente

em processo de transição, desejavelmente saudável, objetivo último da terapêutica do enfermeiro.

Figura 2 – Intervenções em Terapêutica de Enfermagem



Afirmações Teóricas, Pressupostos Principais e Propostas de Investigação

As afirmações ou assunções teóricas, ou pontos de partida fundacionais, da Teoria das Transições podem ser encontradas nos primeiros trabalhos teóricos de Meleis, sendo elas (TOMEY e ALLIGOOD, 2004):

- Dentro da natureza das transições, os tipos desenvolvimental, saúde/doença e organizacional são centrais para a prática da enfermagem.
- Os padrões de transição incluem: a) se o cliente está a experimentar uma transição simples ou complexa; b) se as transições múltiplas são sequenciais ou simultâneas; c) a extensão das sobreposições entre as transições; d) a natureza da relação entre os diferentes eventos que despoletam a transição de um cliente.
- As propriedades da experiência de transição são partes interrelacionadas de um processo complexo.
- O nível de consciencialização influencia o nível de envolvimento, sendo que esse envolvimento não tem lugar sem consciencialização.
- A perceção humana e os significados ligados às situações de saúde e doença são influenciados e influenciam as condições em que a transição ocorre.
- A transição saudável é caracterizada por indicadores de processo e indicadores de resultado.
- A negociação de transições saudáveis depende do desenvolvimento de uma efetiva relação entre o enfermeiro e o cliente – a terapêutica de enfermagem – um processo altamente recíproco que afeta ambos.

Como resumo teórico da Teoria das Transições de Meleis, apresentamos os pressupostos principais de conclusão deduzidos a partir do trabalho da autora (SCHUMACHER e MELEIS, 1994; MELEIS *et al.*, 2000), presentes no trabalho de TOMEY e ALLIGOOD (2004):

- As transições são complexas e multidimensionais e contêm padrões de multiplicidade e complexidade.
- Todas as transições são caracterizadas pela fluidez e pelo movimento ao longo do tempo.
- A transição provoca mudanças na identidade, papéis, relacionamentos, competências e padrões de comportamento.
- As transições envolvem um processo de movimento e mudança nos modos de vida fundamentais, que se manifestam em todos os indivíduos.
- As rotinas diárias dos clientes, os ambientes e as interações são forjadas pela natureza, as condições, os significados e os processos das suas experiências de transições.
- A vulnerabilidade está relacionada com as experiências de transição, interações e condições ambientais que colocam os clientes sob exposição a danos potenciais, recuperações problemáticas ou extensas, ou capacidades de lidar com a transição adiadas ou não saudáveis.
- Os enfermeiros são os primeiros prestadores de cuidados dos clientes que estão em processo de transição e das suas famílias.

MELEIS (2010, 2012) propõe, finalmente, como prioridades de desenvolvimento teórico no âmbito do estudo das transições, a compreensão da diversidade e complexidade das experiências de transição e dos níveis de vulnerabilidade experimentados durante as transições; a relação entre os eventos críticos desencadeadores e a natureza das transições; o desenvolvimento de marcadores que melhorem a percepção de bem estar e domínio das transições; a influência do meio e dos recursos e valores culturais comunitários sobre a vivência das transições e o seu desenlace; e o desenvolvimento e aperfeiçoamento dos indicadores de processo e de resultado, definidos pelos padrões de resposta.

Para além da apresentação e explanação da Teoria das Transições, Meleis revelou preocupação com o desenvolvimento de um modelo de avaliação de teorias, baseada na sua noção de que *“cuidados de qualidade, bem como projetos de investigação coerentes,*

requer análise crítica e juízo de teorias” (Meleis, 2012, p. 179), composto por cinco etapas: descrição, análise, crítica, teste e suporte.

A Teoria das Transições e a Integração de Novos Enfermeiros no BO

As mudanças provocadas por um processo de transição colocam o cliente e o cuidador perante situações de desafio, que requerem reflexão, criatividade, adaptabilidade e capacidade de intervenção. O enfermeiro deve ser dotado de sensibilidade, ser consciencioso e ser capaz de colocar o interesse global do cliente – físico, psicológico, social e espiritual – no centro da sua atuação, procurando identificar os fatores que possibilitem que o processo de transição decorra com o menor grau de ansiedade e sofrimento possível até à conclusão para uma transição saudável. Apesar da preocupação demonstrada por outras disciplinas pela teorização das transições, a Enfermagem estuda-as numa lógica multidimensional (bio-psico-socio-cultural), numa perspectiva holística do ser humano, com o bem estar como fim, em ambiente de proximidade e uma preocupação humana e humanizante na sua aplicação.

A Teoria das Transições, de Meleis, apresenta uma base conceptual orientada para a prática terapêutica em enfermagem. Ela parte da necessidade de uma profunda compreensão da importância da identificação e consideração das características e personalidade do cliente e das pessoas à sua volta, bem como do seu ambiente e circunstâncias, na análise ao processo de transição que enfrenta. Esta perspectiva holística e multidisciplinar de Meleis é única e valiosa para o desempenho de excelência da Enfermagem.

O BO é um serviço hospitalar em que as transições são uma realidade constante e notória. Nele surgem todos os tipos de transição propostos por Meleis, com foco na transição saúde/doença, frequentemente de padrão múltiplo, simultâneo e relacionado, o que lhe confere um grau de complexidade elevado e desafiante, para o cliente, os seus familiares e amigos, e para, obviamente, o enfermeiro.

Este serviço revela desafios próprios e únicos relativamente às propriedades das transições que os profissionais experimentam. A decisão de uma cirurgia parte sempre de um evento crítico causador, e o curso e o resultado de uma cirurgia podem ser eles próprios eventos críticos dentro de um processo de transição. As mudanças e as diferenças surgidas num processo de transição relacionado com uma cirurgia são uma consequência inevitável, desejada ou indesejada, e o tempo de transição existente é extremamente curto, tornando-

se num outro desafio intervir no sentido de potenciar a consciencialização e o envolvimento por parte do cliente e dos que o acompanham, para uma transição saudável.

É por esse motivo que toda a ação do enfermeiro no processo de transição de um cliente submetido a uma intervenção cirúrgica é determinante para uma transição saudável, quer considerando a cirurgia como transição em si, quer como parte de um processo de transição que a integra. O acolhimento do cliente no BO e a sua preparação para a cirurgia; o conhecimento, as competências e a experiência durante a intervenção cirúrgica; e a ação do enfermeiro no período pós operatório, incluindo a informação e o acompanhamento ao cliente e aos seus familiares; e considerando que todas elas exigem uma proximidade e um conhecimento profundo do cliente e das suas circunstâncias – são intervenções terapêuticas próprias do enfermeiro do BO que beneficiam da aprendizagem e da aplicação da Teoria das Transições de Meleis, motivo pelo qual a escolhemos como base teórica para este projeto. A solidez conceptual teórica de um programa de integração será um contributo inestimável para a eficaz integração do enfermeiro no BO, facilitadora e potenciadora de uma prestação de cuidados de excelência.

De seguida, apresentamos o enquadramento dos padrões de qualidade, determinantes para a regulação e observância da qualidade, de forma a contextualizar a importância do desenvolvimento de projetos que contribuam para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem especializados.

1.2. PADRÕES DE QUALIDADE

Como instrumentos reguladores das ações do enfermeiro, dirigidos aos clientes, definiram-se os padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem. Estes fundamentam o agir profissional, na procura da excelência (NUNES, 2011).

Nos dias de hoje, definir sistemas de qualidade é uma necessidade constatada tanto por entidades internacionais como nacionais, como a Organização Mundial de Saúde, o Conselho Internacional de Enfermeiros, o Conselho Nacional da Qualidade e o Instituto da Qualidade em Saúde (OE, 2001). Os padrões de qualidade têm a ambição de fornecer à Enfermagem uma melhoria dos cuidados a si inerentes e de proporcionar uma reflexão sobre o exercício profissional, uma necessidade sentida. Segundo a OE, a qualidade em saúde é tarefa multiprofissional e a obtenção desta não depende só dos enfermeiros mas também a sua prática não pode ser negligenciada. Para definir funções e compromissos neste âmbito, a OE descreveu que o Conselho de Enfermagem assume a competência de

definir padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem sendo que os Conselhos de Enfermagem Regionais têm a incumbência de zelar pela observância destes mesmos padrões. Já às instituições de saúde compete adequar os recursos e criar as estruturas que obviem ao exercício profissional de qualidade (*Idem*). Obtendo estas condições surge o desafio de tornar os projetos de qualidade como parte da rotina das instituições (*Ibidem*).

Foi definido, pela OE, um enquadramento conceptual para servir de base à estruturação de enunciados descritivos de qualidade do exercício profissional dos enfermeiros. São definidos quatro paradigmas neste enquadramento: **Saúde, Pessoa, Ambiente e Cuidados de Enfermagem**.

Os **cuidados de enfermagem** têm como foco de atenção a promoção dos projetos de saúde de cada cliente. Assim, pretende-se, ao longo de todo o ciclo vital, “ *prevenir a doença e promover os processos de readaptação, procura-se a satisfação das necessidades humanas fundamentais e a máxima independência na realização das actividades da vida, possibilitar a adaptação funcional aos défices e a adaptação a múltiplos factores – frequentemente através de processos de aprendizagem do cliente.*” (OE, 2001, p. 11). Relativamente à gestão dos recursos de saúde, o enfermeiro tem um papel de pivô, promovendo a capacitação do cliente para gerir os recursos pessoais, familiares e comunitários para lidar com os desafios de saúde (OE, 2001).

A otimização das **intervenções de enfermagem** depende da unidade família ser tomada por alvo do processo de cuidados, designadamente quando as intervenções de enfermagem visam a alteração de comportamentos, com vista a estilos de vida compatíveis com a promoção da saúde (*Idem*).

Tendo em conta que o enfermeiro exerce a profissão num contexto de atuação multiprofissional, distinguem-se dois tipos de intervenções de enfermagem: as iniciadas por outros técnicos da equipa, intervenções interdependentes, como por exemplo as prescrições médicas, em que o enfermeiro assume a responsabilidade pela sua implementação, e as iniciadas pela prescrição do enfermeiro, intervenções autónomas em que este assume a responsabilidade pela prescrição e pela implementação técnica da intervenção (*Ibidem*).

Relativamente à **tomada de decisão** do enfermeiro no seu exercício autónomo, este utiliza uma abordagem sistémica e sistemática, identificando as necessidades de cuidados de enfermagem do cliente ou do grupo (família e comunidade) e prescrevendo

intervenções, de forma a evitar riscos, detetar precocemente problemas potenciais e resolver ou minimizar os problemas reais identificados (OE, 2001).

No que respeita às atitudes que caracterizam o exercício profissional dos enfermeiros, *“os enfermeiros têm presente que bons cuidados significam coisas diferentes para diferentes pessoas e assim, o exercício profissional dos enfermeiros requer sensibilidade para lidar com essas diferenças, perseguindo-se os mais elevados níveis de satisfação dos clientes.”* (OE, 2001, p. 13).

Como enunciados descritivos, a OE (2001) refere que estes explicitam a natureza e englobam os diferentes aspectos do mandato social da profissão; são um instrumento que precisa o papel do enfermeiro junto dos clientes, dos outros profissionais, do público e dos políticos; e devem ser do conhecimento de todos os clientes, quer ao nível dos resultados mínimos aceitáveis quer ao nível dos melhores resultados que é aceitável esperar.

Os enunciados descritivos dos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem definem que o enfermeiro, independentemente do contexto em que presta cuidados, norteia a sua prática pelos padrões de qualidade, designadamente, no que diz respeito à:

- **Satisfação do Cliente** – *“Na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro persegue os mais elevados níveis de satisfação dos clientes.”* (OE, 2001, p. 13).

São elementos importantes:

- ✓ o respeito pelas capacidades, crenças, valores e desejos da natureza individual do cliente;
- ✓ a procura constante da empatia nas interações com o cliente;
- ✓ o estabelecimento de parcerias com o cliente no planeamento do processo de cuidados;
- ✓ o envolvimento dos conviventes significativos do cliente individual no processo de cuidados;
- ✓ o empenho do enfermeiro, tendo em vista minimizar o impacto negativo no cliente, provocado pelas mudanças de ambiente forçadas pelas necessidades do processo de assistência de saúde (OE, 2001).

- **Promoção da Saúde** – *“Na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro ajuda os clientes a alcançarem o máximo potencial de saúde.”* (OE, 2001 p. 14).

São elementos importantes:

- ✓ a identificação da situação de saúde da população e dos recursos do cliente/família e da comunidade;
- ✓ a criação e o aproveitamento de oportunidades para promover estilos de vida saudáveis identificados;
- ✓ a promoção do potencial de saúde do cliente através da otimização do trabalho adaptativo aos processos de vida, crescimento e desenvolvimento;
- ✓ o fornecimento de informação geradora de aprendizagem cognitiva e de novas capacidades pelo cliente (OE, 2001).

- **Prevenção de Complicações** – *“Na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro previne complicações para a saúde dos clientes.”* (OE, 2001, p. 15).

São elementos importantes:

- ✓ a identificação, tão rápida quanto possível, dos problemas potenciais do cliente, relativamente aos quais o enfermeiro tem competência (de acordo com o seu mandato social) para prescrever, implementar e avaliar intervenções que contribuam para evitar esse mesmos problemas ou minimizar-lhes os efeitos indesejáveis;
- ✓ a prescrição das intervenções de enfermagem face aos problemas potenciais identificados;
- ✓ o rigor técnico/científico na implementação das intervenções de enfermagem;
- ✓ a referenciação das situações problemáticas identificadas para outros profissionais, de acordo com os mandatos sociais dos diferentes profissionais envolvidos no processo de cuidados de saúde;
- ✓ a supervisão das atividades que concretizam as intervenções de enfermagem e que foram delegadas pelo enfermeiro;
- ✓ a responsabilidade do enfermeiro pelas decisões que toma, pelos atos que pratica e que delega (OE, 2001).

- **O Bem Estar e o Autocuidado** – *“Na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro maximiza o bem-estar dos clientes e suplementa/complementa as actividades de vida relativamente às quais o cliente é dependente.”* (OE, 2001, p. 16).

São elementos importantes:

- ✓ a identificação, tão rápida quanto possível, dos problemas do cliente, relativamente aos quais o enfermeiro tem conhecimento e está preparado para prescrever, implementar e avaliar intervenções que contribuam para aumentar o bem-estar e suplementar/complementar atividades de vida relativamente às quais o cliente é dependente;
- ✓ a prescrição das intervenções de enfermagem face aos problemas identificados;
- ✓ o rigor técnico/científico na implementação das intervenções de enfermagem;
- ✓ a referenciação das situações problemáticas identificadas para outros profissionais, de acordo com os mandatos sociais dos diferentes profissionais envolvidos no processo de cuidados de saúde;
- ✓ a supervisão das atividades que concretizam as intervenções de enfermagem e que foram delegadas pelo enfermeiro;
- ✓ a responsabilidade do enfermeiro pelas decisões que toma, pelos atos que pratica e que delega (OE, 2001).

- **A Readaptação Funcional** – *“Na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro conjuntamente com o cliente desenvolve processos eficazes de adaptação aos problemas de saúde.”* (OE, 2001, p. 17).

São elementos importantes:

- ✓ a continuidade do processo de prestação de cuidados de enfermagem;
- ✓ o planeamento da alta dos clientes internados em instituições de saúde, de acordo com as necessidades dos clientes e os recursos da comunidade;
- ✓ o máximo aproveitamento dos diferentes recursos da comunidade;
- ✓ a optimização das capacidades do cliente e conviventes significativos para gerir o regime terapêutico prescrito;

- ✓ o ensino, a instrução e o treino do cliente sobre a adaptação individual requerida face à readaptação funcional (OE, 2001).

- **A Organização dos Cuidados de Enfermagem** – *“Na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro contribui para a máxima eficácia na organização dos cuidados de enfermagem.”* (OE, 2001, p. 18).

São elementos importantes:

- ✓ a existência de um quadro de referências para o exercício profissional de enfermagem;
- ✓ a existência de um sistema de melhoria contínua da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros;
- ✓ a existência de um sistema de registos de enfermagem que incorpore sistematicamente, entre outros dados, as necessidades de cuidados de enfermagem do cliente, as intervenções de enfermagem e os resultados sensíveis às intervenções de enfermagem obtidos pelo cliente;
- ✓ a satisfação dos enfermeiros relativamente à qualidade do exercício profissional;
- ✓ o número de enfermeiros face à necessidade de cuidados de enfermagem;
- ✓ a existência de uma política de formação contínua dos enfermeiros, promotora do desenvolvimento profissional e da qualidade;
- ✓ A utilização de metodologias de organização dos cuidados de enfermagem promotoras da qualidade (OE, 2001).

A definição de enfermeiro especialista presente no REPE, é descrita como tendo *“competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados de enfermagem gerais, cuidados de enfermagem especializados na área da sua Especialidade”* (Decreto-Lei nº 161/96 de 4 de setembro, alterado pelo Decreto-Lei nº 104/98 de 21 de abril); de forma similar os enunciados descritivos dos padrões de qualidade cuidados especializados evoluem a partir dos padrões da qualidade dos cuidados gerais.

Os padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem gerais descritos anteriormente constituem-se como uma base de trabalho da qual emergem os enunciados descritivos de qualidade do exercício profissional do **enfermeiro especialista em pessoa em situação crítica**, nomeadamente:

- **A Pessoa em Situação de Doença Crítica e ou Falência Orgânica:** definida como *“aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência dependa de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica”* (OE, Regulamento nº 124/2011; OE, 2011a).
- **Situação de Catástrofe ou Emergência Multivítima:** a **catástrofe** é definida como *“um acidente grave ou uma série de acidentes graves, suscetíveis de provocarem elevados prejuízos materiais e, eventualmente, vítimas, afetando intensamente as condições de vida e o tecido socioeconómico em áreas ou na totalidade do território nacional* (LEI nº 27/2006, de 3 de Julho; OE, 2011a, p. 2). A **emergência** é a *“situação resultante da agressão sofrida por um indivíduo por parte de um qualquer factor, que lhe origina a perda de saúde, brusca e violenta e que afectando-lhe, ou podendo potencialmente afectar-lhe, algum órgão vital, se não for imediatamente assistido, porá em grave risco a sua vida* (LEIVA, 2005; cit. por ANDRADE, 2010; OE, 2011a, p. 2). A **emergência multivítima** envolve *“um número de vítimas suficientemente elevado para alterar o normal funcionamento dos serviços de emergência e a prática de cuidados de saúde. Exige um conjunto de procedimentos médicos de emergência com o propósito de salvar o maior número de vidas e proporcionar o melhor tratamento às vítimas, fazendo o melhor uso dos recursos disponíveis.”* (OE, 2011a, p. 2).
- **Prevenção e Controlo da Infecção Associado aos Cuidados à Pessoa em Situação Crítica:** a Infecção Associada aos Cuidados de Saúde é *“uma infecção adquirida pelos doentes em consequência dos cuidados e procedimentos de saúde prestados e que pode, também, afectar os profissionais de saúde durante o exercício da sua actividade.”* (DGS, 2008; OE, 2011a, p. 2). A IACS, não sendo um problema novo, tem particular relevância na pessoa em situação crítica. As tecnologias cada vez mais avançadas e invasivas, que permitem o aumento da esperança de vida, e o número de clientes submetidos a terapêutica imunossupressora e antibioterapia, aumenta também o risco de infecção. Estudos internacionais *“revelam que cerca de um terço das infecções adquiridas no decurso da*

prestação de cuidados são seguramente evitáveis” (DGS, 2007; OE, 2011a, p. 2).

- **Cuidados de Enfermagem Especializados à Pessoa em Situação Crítica:** são “*cuidados altamente qualificados prestados de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato, como resposta às necessidades afectadas e permitindo manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a recuperação total. Estes cuidados de enfermagem exigem observação, colheita e procura contínua, de forma sistémica e sistematizada de dados, com os objectivos de conhecer continuamente a situação da pessoa alvo de cuidados, de prever e detectar precocemente as complicações, de assegurar uma intervenção precisa, concreta, eficiente e em tempo útil. E se, em situação crítica, a avaliação diagnóstica e a monitorização constantes se reconhecem de importância máxima, cuidar da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica é uma competência das competências clínicas especializadas – considera-se igualmente a resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítima, da concepção à acção, bem como a maximização da intervenção na prevenção e controlo da infecção perante a pessoa em situação crítica e ou falência orgânica, face à complexidade da situação” (OE, 2011a, p. 3).*

Na sua proposta para os padrões de qualidade dos cuidados especializados à pessoa em situação crítica, a OE (2011a) evidencia a frequência crescente de doenças com início súbito e as crónicas que agudizam, o aumento e a complexidade dos acidentes, o aumento da violência urbana e das catástrofes naturais, nos quais a falência ou risco de falência de funções vitais podem ser fatais se não forem implementadas, atempadamente, medidas de suporte de vida, que exigem um corpo de profissionais de enfermagem qualificados para incorporar equipas de atendimento em contextos intra e extra hospitalar à pessoa/família em situação crítica.

Os enunciados descritivos de qualidade do exercício profissional dos enfermeiros têm como objetivo explicar a natureza e envolver os diferentes aspetos do mandato social da profissão de enfermagem (*Idem*).

De acordo com o Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Situação Crítica (*Ibidem*), os quais são norteadores de prática especializada nesta área, emergem sete enunciados descritivos de qualidade da prática dos enfermeiros que se pretendem instrumento na definição do papel do Enfermeiro Especialista e na procura da excelência do exercício: **a satisfação do cliente, a promoção da saúde, a prevenção de complicações, o bem estar e auto cuidado, a readaptação funcional, a organização dos cuidados e a prevenção e controlo da infeção associada aos cuidados**. Acresce aos enunciados dos cuidados de enfermagem gerais a última categoria, assim como as competências especializadas específicas em cada uma das restantes categorias mencionadas.

Relativamente a cada uma das categorias de enunciados descritivos assumem-se, como elementos importantes dos cuidados de enfermagem especializados à pessoa em situação crítica, acrescidos aos dos cuidados gerais, os seguintes:

- **Satisfação do Cliente** – “*Na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro especialista procura os mais elevados níveis de satisfação da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica.*” (OE, 2011a, p. 4).

São elementos importantes, entre outros:

- ✓ o empenho do enfermeiro especialista, tendo em vista minimizar o impacto negativo na pessoa em situação crítica, provocado pelas mudanças de ambiente forçadas pelas necessidades do processo de assistência de saúde;
 - ✓ a intervenção precisa, eficiente, em tempo útil, eficaz e de forma holística face à pessoa em situação crítica;
 - ✓ a gestão da comunicação interpessoal e da informação à pessoa e família face á complexidade da vivência de processos de doença crítica e ou falência orgânica;
 - ✓ a implementação de técnicas de comunicação facilitadoras da relação terapêutica em pessoas em situação crítica (OE, 2011a).
-
- **Promoção da Saúde** – “*Na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro especialista promove a saúde da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica.*” (OE, 2011a, p. 4).

São elementos importantes, entre outros:

- ✓ a promoção do potencial de saúde da pessoa que vivenciou processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica;
- ✓ o fornecimento de informação geradora de aprendizagem cognitiva e de novas capacidades pela pessoa em situação crítica;
- ✓ a avaliação de ganhos em conhecimentos e capacidades visando a educação da pessoa/família para a gestão de processos complexos decorrentes da situação crítica (OE, 2011a).

- **Prevenção de Complicações** – *“Na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro especialista previne complicações para a saúde da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica.”* (OE, 2011a, p. 5).

São elementos importantes, entre outros:

- ✓ a identificação, tão rápida quanto possível, dos problemas potenciais da pessoa em situação crítica, relativamente aos quais o enfermeiro especialista tem competência (de acordo com o seu mandato social) para prescrever, implementar e avaliar intervenções que contribuam para evitar esse mesmos problemas ou minimizar-lhes os efeitos indesejáveis;
- ✓ a prescrição das intervenções de enfermagem especializados face aos focos de instabilidade/problemas potenciais identificados;
- ✓ o rigor técnico/científico na implementação das intervenções de enfermagem especializadas;
- ✓ a referenciação das situações problemáticas identificadas, para outros profissionais da equipa multidisciplinar envolvidos no processo de cuidados à pessoa em situação crítica;
- ✓ a referenciação para outros enfermeiros especialistas de acordo com área de intervenção e perfil de competências de cada especialidade;
- ✓ a supervisão das atividades que concretizam as intervenções de enfermagem e que foram delegadas pelo enfermeiro especialista;
- ✓ a responsabilidade do enfermeiro especialista pelas decisões que toma, pelos atos que pratica e que delega;
- ✓ a correta execução de cuidados técnicos de alta complexidade;

- ✓ a apropriada implementação de medidas de suporte avançado de vida;
- ✓ a gestão adequada de protocolos terapêuticos complexos (OE, 2011a).

- **O Bem Estar e o Autocuidado** – *“Na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro especialista maximiza o bem-estar dos clientes e suplementa/complementa as actividades de vida relativamente às quais o cliente é dependente”* (OE, 2011a, p. 6).

São elementos importantes, entre outros:

- ✓ o rigor técnico/científico na implementação das intervenções de enfermagem especializadas;
- ✓ a referenciação das situações problemáticas identificadas para outros profissionais, da equipa multidisciplinar envolvidos no processo de cuidados à pessoa em situação crítica;
- ✓ a supervisão das atividades que concretizam as intervenções de enfermagem e que foram delegadas pelo enfermeiro especialista;
- ✓ a responsabilização do enfermeiro especialista pelas decisões que toma, pelos atos que pratica e pelos que delega;
- ✓ a gestão diferenciada e eficaz da dor com a implementação de instrumentos de avaliação da dor e de protocolos terapêuticos – medidas farmacológicas e não farmacológicas – para alívio da dor;
- ✓ a gestão do impacto emocional imediato decorrente da situação crítica vivenciada pela pessoa/família;
- ✓ a gestão da relação terapêutica perante a pessoa/família, em situação crítica;
- ✓ a utilização de habilidades de relação de ajuda facilitadoras dos processos de luto e morte digna (OE, 2011a).

- **A Readaptação Funcional** – *“Na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro especialista conjuntamente com o cliente desenvolve processos eficazes de adaptação aos problemas de saúde.”* (OE, 2011a, p. 6).

São elementos importantes, entre outros:

- ✓ a continuidade do processo de prestação de cuidados de enfermagem especializados;
 - ✓ o planeamento da alta da pessoa em situação crítica internada em instituições de saúde, de acordo com as necessidades dos clientes e os recursos da comunidade;
 - ✓ o ensino, a instrução e o treino da pessoa em situação crítica sobre a adaptação individual requerida face à readaptação funcional;
 - ✓ a divulgação dos recursos da comunidade para complementar a readaptação funcional da pessoa em situação crítica (OE, 2011a).
- **A Organização dos Cuidados de Enfermagem** – *“Na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro especialista assegura/garante a máxima eficácia na organização dos cuidados de enfermagem especializados.”* (OE, 2011a, p. 7).

São elementos importantes, entre outros:

- ✓ a existência de um quadro de referências para o exercício profissional do enfermeiro especialista em pessoa em situação crítica;
- ✓ a existência de um sistema de melhoria contínua da qualidade do exercício profissional especializado;
- ✓ a existência de um sistema de registos de enfermagem que incorpore sistematicamente, entre outros dados, as necessidades de cuidados de enfermagem especializados, as intervenções de enfermagem e os resultados sensíveis às intervenções de enfermagem especializadas e a existência de um resumo mínimo de dados e *core* de indicadores de enfermagem direcionados para o atendimento da pessoa em situação crítica;
- ✓ a satisfação dos enfermeiros especialistas relativamente à qualidade do exercício profissional;
- ✓ a dotação de enfermeiros especialistas face às necessidades de cuidados especializados em enfermagem em pessoa em situação crítica;
- ✓ a existência de uma política de formação contínua dos enfermeiros especialistas promotora do desenvolvimento profissional e da qualidade da intervenção especializada;

- ✓ a utilização de metodologias de organização dos cuidados de enfermagem especializados em pessoa em situação crítica promotoras da qualidade;
 - ✓ a revisão de guias de boas práticas no domínio da pessoa em situação crítica;
 - ✓ a existência de um sistema de triagem promotor do atendimento sustentado em prioridades clínicas;
 - ✓ a utilização de metodologias de organização dos cuidados de enfermagem especializados em pessoa em situação crítica promotoras da qualidade, tendo em vista uma resposta eficaz e eficiente perante pessoas em situação de catástrofe ou emergência multivítima (OE, 2011a).
- **A Prevenção e Controlo da Infecção Associada aos Cuidados** – *“Na procura permanente da excelência no exercício profissional, face aos múltiplos contextos de actuação, à complexidade das situações e à necessidade de utilização de múltiplas medidas invasivas, o enfermeiro especialista maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infecção.”* (OE, 2011a, p. 7).

São elementos importantes, entre outros:

- ✓ a participação na concepção de um plano de prevenção e controlo de infecção atualizado com base na evidência científica;
- ✓ a participação na definição de estratégias de prevenção e controlo de infecção a implementar no serviço/unidade;
- ✓ a liderança na implementação do plano de intervenção e controlo de infecção, nomeadamente no que respeita ao estabelecimento de procedimentos e circuitos, requeridos na prevenção e controlo da infecção, face às vias de transmissão na pessoa em situação crítica;
- ✓ a capacitação das equipas de profissionais na área da prevenção e do controlo da infecção associado aos cuidados à pessoa em situação crítica (OE, 2011a).

O enquadramento conceptual dos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem gerais constitui também a base de trabalho da qual emergiram os enunciados descritivos de qualidade do exercício profissional do **enfermeiro especialista em pessoa em situação crónica e paliativa**, apresentados sob a forma de Proposta de Regulamento

dos Padrões de Qualidade da Especialidade de Enfermagem em Pessoa em Situação Crónica e Paliativa (OE, 2013) e que foram aprovados na Assembleia do Colégio da Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica em 25 de janeiro de 2014.

Nestes padrões, além dos metaparadigmas: **Saúde**, **Pessoa** e **Ambiente**, que transitam para estes, destacam-se os seguintes elementos do enquadramento concetual destes cuidados especializados:

- **Cuidados Paliativos:** *“são uma abordagem que visa melhorar a qualidade de vida dos doentes e suas famílias, que enfrentam problemas decorrentes de uma doença incurável e com prognóstico limitado – através da prevenção e alívio do sofrimento, com recurso à identificação precoce e tratamento rigoroso dos problemas não só físicos, como a dor, mas também dos psicossociais e espirituais. Centram-se na prevenção e alívio do sofrimento físico, psicológico, social e espiritual, na melhoria do bem-estar e no apoio aos doentes e às suas famílias, quando associado a Doença grave e/ou incurável, em fase avançada e progressiva. Devem respeitar a autonomia, a vontade, a individualidade, a dignidade da pessoa e a inviolabilidade da vida humana.”* (OE, 2013, p. 4).
- **Situação Paliativa:** *“os Cuidados Paliativos devem ser integrados o mais precocemente possível e em articulação com outros serviços e outros níveis de assistência, a perspetiva curativa e a perspetiva paliativa devem ser sincrónicas e de complementaridade ao longo do processo de doença crónica, e não apenas nos últimos dias ou semanas de vida.* (OE, 2013, p. 4). Os seus pilares assentam no controlo da dor e de todos os sintomas, no suporte psicológico, emocional e espiritual; numa comunicação eficaz e terapêutica; no cuidado à família, devendo ela ser ativamente incorporada nos cuidados prestados e também ser alvo de cuidados, durante a vivência da doença e no luto; e no trabalho em equipa, em que todos têm a mesma missão e objetivos. Correspondem a uma filosofia, a de que a pessoa cliente se encontra no centro e não a doença (OE, 2013).
- **Situação Crónica:** *“a doença de curso prolongado, com evolução gradual dos sintomas e com aspetos multidimensionais, potencialmente incapacitante, que afeta, de forma prolongada, as funções psicológicas, fisiológicas ou anatómica, com limitações acentuadas nas possibilidades de*

resposta a tratamento curativo, mas com potencial de correção ou compensação, que se repercute de forma acentuadamente negativa no contexto social da pessoa por ela afetada” (OE, 2013, p. 5).

Cada doença é única e tem um impacto diferente em cada pessoa, mas existe um núcleo comum de problemas e complicações. Prolongam-se no tempo, produzem incapacidades ou deficiências residuais e implicam a necessidade de adaptação a diversos níveis, físico, familiar, social, psicológico, emocional e espiritual. Os estilos de vida, a promoção de processos de adaptação, a adesão ao regime terapêutico, são aconselhamentos que são centrais na intervenção do enfermeiro, para a capacitação da pessoa para a vivência de uma situação de doença crónica e a reconfiguração de um projeto de saúde, de acordo com as implicações da doença nas suas atividades de vida (OE, 2013).

- **Família:** *“o conceito de família não pode ser limitado a laços de sangue, casamento parceria sexual ou adoção. Família é o grupo cujas relações sejam baseadas na confiança, suporte mútuo e um destino comum”* (OMS, 1994 citado em OE, 2013, p. 5).
- **Cuidados de Enfermagem Especializados à Pessoa em Situação Crónica e Paliativa:** *“são cuidados altamente qualificados prestados de forma contínua à pessoa com doença crónica avançada ou em fase final de vida e aos seus familiares/cuidadores, sejam em contexto hospitalar, sejam em serviços de saúde da comunidade.”* (OE, 2013, p. 6).

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Paliativa é o profissional de referência da pessoa com doença incurável, crónica avançada ou em fim de vida e à sua família, em contexto hospitalar ou em serviços de saúde da comunidade, promovendo o seu bem estar, conforto, a sua qualidade de vida, diminuindo o sofrimento, preservando a sua dignidade e sempre em colaboração com a equipa interdisciplinar (OE, 2013).

Nesta área de especialidade, tendo em consideração as competências definidas, os descritivos e unidades de competência, identificam-se cinco categorias de enunciados descritivos:

- **Satisfação do Doente e Família** – *“Na procura permanente da excelência no exercício profissional, o Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa*

em Situação Crónica e Paliativa, persegue os mais elevados níveis de satisfação do doente e família.” (OE, 2013, p. 7).

- **Promoção da Qualidade de Vida, Bem Estar e Alívio do Sofrimento** – *“Na procura permanente da excelência no exercício profissional, o Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crónica e Paliativa maximiza a qualidade de vida, o seu bem-estar e complementa as atividades de vida relativamente às quais o doente é dependente, promovendo o autocuidado dentro das suas possibilidades e o alívio do sofrimento.” (OE, 2013, p. 8).*
- **Prevenção de Complicações** – *“Na procura permanente da excelência no exercício profissional, o Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crónica e Paliativa, previne complicações para a saúde dos doentes.” (OE, 2013, p. 9).*
- **(Re) Adaptação Funcional às Perdas Sucessivas** – *“Na procura permanente da excelência no exercício profissional, o Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crónica e Paliativa conjuntamente com o doente desenvolve processos eficazes de (re) adaptação funcional aos problemas de saúde e às perdas sucessivas.” (OE, 2013, p. 9).*
- **A Organização dos Cuidados de Enfermagem Especializados** – *“Na procura permanente da excelência no exercício profissional, o Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crónica e Paliativa, assegura e garante a máxima eficácia na organização dos cuidados de enfermagem especializados.” (OE, 2013, p. 10).*

Os “padrões de qualidade dos cuidados especializados constitui-se como o referencial de excelência na acção profissional do especialista” (NUNES, 2011, p. 94).

Tendo por base os Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica, podemos afirmar que o projeto por nós desenvolvido centrou-se na procura dos mais elevados níveis de satisfação da pessoa que vivencia processos complexos de doença crítica e/ou falência multiorgânica, indo ao encontro da promoção da saúde, prevenindo complicações e maximizando o seu bem-estar e auto cuidado. Consideramos ter ainda contribuído para a readaptação funcional do novo enfermeiro, para a organização dos cuidados de enfermagem no BO, bem como na

prevenção e controlo da infeção associada aos cuidados, uma vez que com o programa de integração instituído, os enfermeiros terão conhecimento de todos os procedimentos existentes nesta área.

No sentido de enquadrar a intervenção que propusemos realizar no âmbito do PIS, nomeadamente da criação e implementação de um programa de integração de novos enfermeiros no BO, evoluímos agora para o seu enquadramento conceptual e teórico.

1.3. PROCESSO DE INTEGRAÇÃO

As organizações são constituídas por pessoas e estas transportam para as organizações os seus conhecimentos, atitudes e motivações, e, em contrapartida, é através delas que as pessoas alcançam os seus objetivos pessoais, o que não conseguiriam individualmente. *“À medida que as organizações crescem e se multiplicam, maior se torna a complexidade dos recursos necessários à sua sobrevivência e ao seu crescimento.”* (CHIAVENATO, 1991, p. 17), quando aborda o tema da interação entre pessoas e as organizações.

Em qualquer organização existe uma preocupação especial para com os recursos humanos, uma vez que é este potencial humano que, no seu todo de qualidade, promove a eficácia global da organização. Sem dúvida *“(…) nos dias de hoje, urge não só promover a responsabilização pessoal como a social. As pessoas empenham-se, comprometem-se com uma finalidade, uma visão, um objectivo que seja maior do que elas próprias. Seja qual for a óptica que vai guiar os destinos da organização, ela será tanto mais eficaz quanto mais envolvidos nela estiverem as pessoas que nela trabalham, assumindo a responsabilidade de a concretizar.”* (PIRES, 1993, p. 181).

Integração define-se como um conjunto de meios e processos usados para o aperfeiçoamento do indivíduo na execução de determinadas funções e atividades, aumentando assim a quantidade e qualidade do serviço prestado, evitando-se perdas de tempo, material e prevenindo acidentes de trabalho. Com a integração visa-se a preparação e orientação de novos elementos bem como a manutenção e aumento do seu desempenho na execução das funções que lhes são atribuídas (LAGARTINHO, 1998, p. 56).

A integração envolve aspectos referentes à *“transmissão de conhecimentos específicos relativamente ao trabalho, atitudes relativas aos aspectos da organização e do ambiente e desenvolvimento de habilidades”* (CHIAVENATO, 1981, p. 199).

De acordo com CHIAVENATO (1999), o processo de integração é um processo dinâmico, onde a organização influencia o comportamento do novo funcionário – socialização.

Por sua vez, socialização é uma interação entre um sistema social e os novos membros que nele ingressam; é um conjunto de processos pelos quais um novo membro aprende o sistema de valores, as normas e os padrões de comportamento requeridos pela organização, onde constam os objetivos básicos da organização, os meios preferidos para o alcance desses objetivos, as responsabilidades básicas de cada membro no papel que lhe é atribuído, os padrões de comportamento requeridos para o desempenho eficaz do papel e um conjunto de regras ou princípios que asseguram a manutenção da identidade e integridade da organização (CHIAVENATO, 1994).

É através da socialização que o indivíduo aprende o sistema de valores, normas e padrões de comportamento requeridos pela organização (CHIAVENATO, 1991), levando a uma mudança de atitudes e comportamentos de forma a adquirir novas competências.

Para LAGARTINHO (1998), o indivíduo, ao entrar pela primeira vez num novo ambiente de trabalho, sente um misto de ansiedade e receio pela novidade do ambiente, do trabalho e dos colegas, o que pode dificultar a sua adaptação e colaboração. A autora considera que estes indivíduos, ao longo do seu período de integração, possam ainda vir a experimentar sentimentos de insegurança e medo face ao desconhecido.

O enfermeiro tem de ser capaz de mobilizar os saberes teóricos, adquiridos no percurso formativo, os saberes práticos, adquiridos no exercício da profissão e os saberes técnicos aplicados à experiência (SERRANO, 2008). Esta mobilização de saberes é um processo complexo mas é facilitado no período de integração pelos seus pares. *“Aprendizagem surge da interação da pessoa com o contexto (...) ocorre sempre que a pessoa age e interage, reflecte e pensa.”* (SERRANO, 2008, p. 48).

A integração assume um papel preponderante, uma vez que *“a aprendizagem afeta poderosamente a maneira pela qual a pessoa pensa, sente e age.”* (CHIAVENATO, 2006, p. 397).

A integração é um processo individual e flexível, onde cada pessoa tem uma história de vida, experiências, atitudes e ritmos diferentes, os quais devem ser levados em conta em todo o processo.

A integração envolve três aspetos: *“A transmissão de conhecimentos específicos relativamente ao trabalho, atitudes relativas a aspectos de organização e do ambiente e desenvolvimento de habilidades.”* (CHIAVENATO, 1981, p. 199).

O instrumento apropriado para atingir uma optimização de competências constituiu um plano de integração para os novos elementos, com programa e objetivos de integração devidamente especificados e percetíveis. Segundo referem WHERTHER e DAVIS (1983, p. 198), *“embora os recém-admitidos estejam qualificados para o trabalho, quando passam por um processo de seleção há necessidade de compreenderem os procedimentos e as políticas da organização, conhecerem as demais pessoas com quem trabalham e serem treinadas para executar as suas funções”*.

O programa de integração permite a adaptação e a ambientação inicial do novo elemento ao ambiente social e físico e deve ser feita através de um programa sistemático (CHIAVENATO, 2006). Este é um programa formal e intensivo onde se prevê que os novos funcionários se familiarizem com a cultura organizacional, a estrutura da organização e seus objetivos e incorpore padrões de comportamento que a organização considere imprescindíveis para o seu bom desempenho. *“As organizações lançam mão de uma variedade de meios para desenvolver as pessoas, agregar-lhes valor e torná-las cada vez mais capacitadas e habilitadas para trabalho.”* (CHIAVENATO, 2006, p. 393).

Segundo IVANCEVICH (2008), as vantagens de um programa de integração são: reduzir a ansiedade e a rotatividade, economizar tempo e desenvolver expectativas da empresa. O programa tem como objetivos: preparar as pessoas para executar imediatamente as tarefas do cargo, proporcionar oportunidades para o contínuo desenvolvimento pessoal e aumentar a motivação (CHIAVENATO, 2006).

O processo de integração é considerado como o mais complicado e o que mais dúvidas e receios cria nos profissionais recém-admitidos em determinado serviço. *“Programas eficientes de instrução resultam em maior produtividade, menos violações a regras, menos atritos e maior satisfação do funcionário.”* (MARQUIS & HUSTON, 2002, p. 248).

As mesmas autoras referem também que a instrução do funcionário é uma função administrativa que abrange a adaptação planeada e orientada do funcionário à organização e ao ambiente de trabalho, sendo que se inicia assim que o funcionário é selecionado para o cargo, permanecendo até que ele esteja socializado em relação a normas e valores do grupo de trabalho. Deste modo poderemos considerar que este instrumento é facilitador.

“O ambiente hospitalar representa actualmente uma organização complexa, onde se inscrevem múltiplos atores, percursos, processos.” (BÁRTOLO, 2007, p. 17). O contexto profissional é determinante no processo de socialização, na medida em que a existência de estruturas organizadas são *“(...) princípios geradores e organizadores de práticas e condições de produção adaptadas às exigências. Neste caso, os contextos permitem a adaptação ou integração de novos esquemas de acção, onde os significados e as práticas são apreendidos, tornando-se depois inconscientes, como se estivessem inscritos no corpo.”* (SERRANO, 2008, p. 24).

Um dos objetivos principais de todo o processo de integração é, segundo LOUREIRO *et al.* (2002), estimular a eficiência dos novos profissionais, contribuindo para a eficácia da Instituição e de forma efetiva para uma melhor prática dos cuidados de enfermagem. Torna-se necessário referir que um processo de integração bem organizado para enfermeiros é uma necessidade básica para que o seu trabalho seja válido, a Instituição beneficie da sua competência profissional, os seus superiores se orgulhem de o ter como elemento do serviço e, principalmente, que os clientes obtenham cuidados de enfermagem de qualidade.

Consideramos que um enfermeiro bem integrado sente-se mais confiante, seguro e capaz de resolver questões que, numa profissão exigente como a de Enfermagem, nos são colocadas quotidianamente, o que é uma mais valia tanto para o cliente a quem se presta cuidados, como para o serviço e para a própria Instituição.

Para MARQUIS & HUSTON (2002), durante um programa de integração, os novos elementos devem passar por algumas fases que facilitem a melhor e mais correta aprendizagem das atividades a desenvolver. Assim, o processo de integração divide-se em três fases: Indução, Orientação e Socialização.

A **Indução** ocorre após a contratação, embora antes de iniciar funções no cargo, e é um processo que inclui todas as atividades que educam o novo funcionário acerca das políticas e procedimentos da organização, emprego e pessoal, em que a disponibilização das informações adequadas é o factor mais importante. Segundo as autoras acima referidas, a indução pode ser incluída nas atividades da orientação. Para MARQUIS & HUSTON (2002), a indução e a orientação são entidades separadas, afirmando que o funcionário sofre se ocorrer a omissão de conteúdo de qualquer programa.

A existência de manuais é fulcral na indução e as informações neles contidas devem ser discutidas por várias pessoas, tal como entre o chefe de serviço e os

funcionários responsáveis pelo aperfeiçoamento dos funcionários, durante a orientação, sendo necessário conter um formulário para ser preenchido para comprovar a recepção e leitura do manual (*Idem*). Esta afirmação confirma a importância dos planos de integração, na medida em que os funcionários têm a necessidade de ir investigar, posteriormente, informações que não assimilam durante o processo da indução.

A fase da **Orientação** já irá proporcionar atividades mais específicas ao cargo a ser ocupado. Segundo MARQUIS & HUSTON (2002), o processo de orientação tem o propósito de fazer com que o funcionário se sinta parte da equipa. Uma boa recepção por parte da equipa irá ser relevante para a aceitação e motivação do novo elemento. Uma orientação eficiente resulta como prevenção de esgotamentos e permite uma ação profissional independente e adequada bem mais cedo, permanecendo na organização por mais tempo do que outra que não a recebe (*Idem*).

Pelo facto de cada unidade possuir as suas idiossincrasias, o novo elemento desenvolve uma sensação de inadequação e incompetência. A tendência mais moderna quanto à orientação é a de que o serviço assuma uma maior responsabilidade pela orientação individualizada (*Ibidem*).

A terceira fase deste processo denomina-se **Socialização**. Segundo MARQUIS & HUSTON (2002), a socialização difere da orientação no sentido em que emprega poucas informações estruturadas e significa partilhar valores e atitudes da organização. A capacidade de instilar ânimo aos novos elementos e esclarecer o sistema de valores de uma organização cria a estrutura de equipa encontrada naquelas organizações de nível excelente. As mesmas autoras descrevem três situações em que ocorrem processos de ressocializações e três áreas de dificuldade na socialização. As três, referidas em primeiro, ocorrem em situações como: novos formandos que deixam o processo educativo de socialização da escola de enfermagem e ingressam no mundo do trabalho; enfermeiros experientes mas que mudam de local de trabalho, seja na mesma Instituição, seja noutra; um enfermeiro que assume novos papéis. Em conformidade com as dificuldades na socialização podem-se enumerar as seguintes causas: ignorância das prescrições e expectativas de determinado papel; incapacidade para atender às obrigações do papel; deficiências de motivação.

Pode-se concluir, portanto, que os programas de integração apresentam várias vantagens, pois reduzem o período de adaptação ao trabalho; fornecem ao elemento integrador oportunidade de orientar o novo funcionário corretamente, antes que outro o

faça da forma errada; diminuem a necessidade de ações corretivas e penalidades devido ao desconhecimento dos regulamentos da empresa; fornecem subsídios para o empregado vencer o medo do desconhecido que dificulta o alcance da produção ideal; e diminuem o número de demissões. Fica patente que o objetivo dos programas de integração de novos funcionários é a fixação dos mesmos nos seus locais de trabalho, uma vez que altos índices de "turnover" representam custos elevados para a organização (CHIAVENATO, 1989).

No processo de integração de um novo elemento compartilham-se experiências, fortalecem-se relações pessoais e destacam-se as competências dos profissionais. DRUCKER (1997) relata ainda que, na antiga visão organizacional, o poder significava a manutenção das informações só para si, e, atualmente, numa empresa bem sucedida, o verdadeiro poder está em compartilhar as informações com os diferentes níveis organizacionais.

Na procura da qualidade dos cuidados especializados consideramos fundamental a integração como primeiro passo para cuidados de excelência. Desta forma, surgiu a ideia de criar um programa de integração dos novos enfermeiros no BO, utilizando indicadores de avaliação das integrações realizadas para a obtenção de algum retorno da qualidade das mesmas.

“A excelência do exercício diz respeito à meta de qualidade no cuidado prestado, numa perspectiva holística da pessoa” (PINHEIRO, 2007, p. 23).

1.3.1. A Integração no Bloco Operatório

“O processo de integração de um enfermeiro no bloco operatório é habitualmente demorado e complexo, uma vez que os conteúdos programáticos relacionados com o bloco operatório durante a formação académica de base são praticamente inexistentes. Ele obedece, por isso, a diversas etapas extraordinariamente exigentes, quer para o novo enfermeiro, quer para o responsável pela sua integração.” (AESOP, 2006, p. 287).

A AESOP (2006) considera o processo de integração como uma fase essencial de aprendizagem e adaptação às várias funções do enfermeiro perioperatório.

A Enfermagem Perioperatória representa um conjunto de conhecimentos teóricos e práticos, utilizados pelo enfermeiro durante as três fases da experiência cirúrgica do cliente – Pré, Intra e Pós-operatório.

A complexidade da Enfermagem Perioperatória ligada ao avanço científico e tecnológico da Anestesia e da Cirurgia requer uma prática de cuidados só executados por

enfermeiros perfeitamente integrados. O processo de integração dos enfermeiros no BO é complexo e visa a aquisição de competências para um desempenho autónomo das atividades específicas neste serviço. *“Pela especificidade dos cuidados perioperatórios, o tempo de integração dos enfermeiros é demorado e dispendioso (...)”* (AESOP, 2006, p. 287).

O processo de integração de um novo enfermeiro decorre também e em grande medida do próprio processo de socialização dentro da equipa, daí que a atenção no novo elemento, seja um dos fatores determinantes no sucesso de uma integração. *“O novo enfermeiro deve ser acompanhado pelo integrador até se sentir com autonomia e autoconfiança suficiente para desempenhar a sua actividade, individualmente.”* (AESOP, 2006, p. 289).

Os enfermeiros, à medida que vão adquirindo experiência, mudam a sua orientação intelectual, integrando, seleccionando os conhecimentos e reajustando os critérios de tomada de decisão, abandonando a mera execução repetitiva das tarefas, como tinham aprendido durante a sua formação académica (BENNER, 2001).

O BO é um serviço altamente complexo do ponto de vista técnico e organizacional, que existe para resolver problemas de saúde aos cidadãos da comunidade em que se insere. Os clientes são sujeitos a condições de extrema vulnerabilidade física e total dependência dos profissionais que aí trabalham. E porque assim é, o enfermeiro de BO necessita de adquirir competências relacionais, cognitivas e técnicas que o habilitem a uma prestação de cuidados de enfermagem específica, cuidando do cliente, de uma forma global e eficaz antes, durante e após a intervenção cirúrgica, de modo a garantir a qualidade e a segurança dos cuidados de saúde.

Como membro da equipa multidisciplinar, o enfermeiro de BO tem umas funções autónomas e outras interdependentes da restante equipa, nomeadamente no que respeita às funções de enfermeiro de anestesia, enfermeiro circulante, enfermeiro instrumentista e enfermeiro na Unidade de Cuidados Pós Anestésicos.

A UCPA, do BO em questão, situa-se dentro do mesmo espaço físico mas funciona como serviço independente, com chefia e equipa de enfermagem próprias e está sob a direção e a responsabilidade do departamento de Anestesiologia.

Estas Unidades são um espaço concebido para o cuidado ao cliente submetido a um ato anestésico. São unidades altamente especializadas, equipado com meios técnicos e humanos competentes e vocacionados para a monitorização, vigilância e cuidados

intensivos durante um período de tempo curto, mas crítico, que se segue imediatamente à intervenção cirúrgica. Os principais objetivos dos cuidados nesta Unidade são *“Proporcionar uma avaliação crítica permanente do pós-operatório dos doentes; antecipar e prevenir as possíveis complicações anestésicas e cirúrgicas; e possibilitar a actuação imediata e de elevada competência se estas complicações surgirem.”* (AESOP, 2006, p. 156).

O enfermeiro desta Unidade desenvolve a sua atuação ao longo das seguintes fases: *“Preparação da unidade para acolher o doente; avaliação inicial; estabelecimento dos diagnósticos de enfermagem; elaboração do plano de cuidados; implementação do plano de cuidados elaborado; e avaliação.”* (Idem).

Segundo PINHEIRO (2007), o conceito dos cuidados de enfermagem perioperatórios assentam no conceito de segurança, que é composto pelos conceitos de segurança moral e mental; de segurança fisiológica e física do cliente; de segurança na manutenção da higiene e assepsia; e, por último, o conceito de segurança nos cuidados de enfermagem.

A segurança assume um papel prioritário nas políticas de qualidade no âmbito da saúde e, em particular, dos cuidados de enfermagem, sendo um requisito para os mesmos (O.E., 2006).

Atualmente, a gestão hospitalar assenta num paradigma de qualidade na prestação de cuidados de saúde, centrado na participação e bem-estar do cliente, na prevenção e gestão do risco clínico, na promoção de uma cultura de segurança num contexto da melhoria contínua (PEDROTO, 2006).

A OE, na temática da segurança, salienta que *“Os enfermeiros têm o dever de excelência e, conseqüentemente, de assegurar cuidados em segurança e promover um ambiente seguro; a excelência é uma exigência ética, no direito ao melhor cuidado em que a confiança, a competência e a equidade se reforçam. Controlar os riscos que ameaçam a capacidade profissional promove a qualidade dos cuidados, o que corresponde a realizar plenamente a obrigação profissional”* (NUNES, 2007, p. 5).

Segundo a AESOP (2006), o programa de integração é um processo de adaptação que inclui o conhecimento da estrutura física, do equipamento e seu manuseamento, o inter-relacionamento com as estruturas do serviço e o conhecimento técnico e científico. É um processo dinâmico que envolve o integrador e o integrando, assim como toda a equipa

multidisciplinar, permitindo ao integrando aprofundar conhecimentos e adquirir experiência.

Os objetivos gerais do programa de integração do BO são facilitar o processo de integração dos novos enfermeiros e melhorar a qualidade e a segurança das integrações dos enfermeiros. Os objetivos específicos passam por promover a partilha de informação, de forma a que o integrando adquira competências para o desempenho das suas novas funções; ajudar o integrando a consciencializar-se das suas responsabilidades, deveres e direitos como membro do serviço; promover o desenvolvimento pessoal e profissional do novo enfermeiro; melhorar a qualidade dos cuidados prestados; transmitir informações sobre a estrutura e dinâmica do BO; conseguir a melhor integração, no mais curto espaço de tempo; favorecer uma uniformização de atuação; ajudar na orientação da execução das ações; e, proporcionar um clima de confiança ao integrando.

Os pressupostos do programa devem ser respeitados: durante o período de integração, o novo enfermeiro não deverá ter funções atribuídas; o seu horário deve ser constituído por manhãs, para se inteirar da dinâmica do serviço, no entanto, o integrando deve fazer uma manhã de sábado para ter conhecimento das rotinas de limpeza e higienização das salas, atividades específicas e únicas realizadas neste dia; o enfermeiro a integrar deve fazer uma visita de observação à UE, durante um dia, de forma a conhecer a dinâmica deste serviço e principalmente, para adquirir conhecimentos sobre o tratamento, acondicionamento e reprocessamento do material cirúrgico; o integrando não deve ser utilizado para fazer face às necessidades do serviço, substituindo outros elementos que possam faltar; o enfermeiro chefe/coordenador do serviço deve delegar a um enfermeiro da equipa, com experiência e competência profissional, a responsabilidade deste processo de integração do novo enfermeiro; o enfermeiro a integrar será um elemento supranumerário; o horário do integrador e do integrando deverá ser coincidente; dentro do possível, ambos os enfermeiros devem fazer o mínimo de trocas e/ou tentarem trocar simultaneamente o turno; o enfermeiro integrador deverá demonstrar optimismo e disponibilidade, expressos não só em palavras mas também em atitudes, para que o novo elemento saiba que pode contar com a sua ajuda e apoio; e as informações devem ser transmitidas progressivamente, pois não se aprende tudo ao mesmo tempo e a prática vai ajudar a consolidar os conhecimentos.

A elaboração de um Plano de Integração será sempre indispensável para a obtenção das “competências comportamentais – “saber fazer, saber ser e saber estar” –

AESOP (2006). Os conteúdos, bem como o tempo estipulado para a realização e concretização de determinados objetivos, em cada uma das funções, não são estanques, devendo ser adaptados o mais possível ao novo elemento, pois o ritmo de aprendizagem difere de elemento para elemento.

É muito importante ter em conta se o integrando tem experiência profissional ou não, e, se sim, se é em BO, sendo que o tempo de integração será variável consoante o enfermeiro em integração dependendo dos seus conhecimentos e competências.

De acordo com as diretrizes da AESOP (2006), a distribuição de enfermeiros por sala são em número de 3: enfermeiro instrumentista, enfermeiro circulante e enfermeiro de anestesia, tendo cada um funções claramente definidas.

“O programa de integração do bloco operatório deve estar dividido em quatro fases: Acolhimento/Observação; Enfermeiro de Anestesia; Enfermeiro Circulante e Enfermeiro Instrumentista.” (AESOP, 2006, p. 290).

Segundo o Procedimento da descrição de funções dos enfermeiros do BO do CHX, a primeira fase, **Acolhimento/Observação**, tem como objetivo a socialização e a adaptação do enfermeiro ao BO, pretendendo-se que este conheça a dinâmica organizacional do serviço, as normas e os procedimentos, e as funções que irá desempenhar. Assim, dentro desta fase existem várias etapas como:

- Entrevista inicial com o enfermeiro chefe/coordenador do BO e integrador.
- Visita ao BO com o objetivo de ser apresentado à equipa e de se familiarizar com a organização e a dinâmica do serviço.
- Entrega do manual de integração.
- A observação é a finalidade pretendida para esta fase. O integrando observa, inspeciona, conhece os protocolos, normas e comportamentos dentro do BO, registos e procedimentos realizados. Observa também as funções desempenhadas pelos enfermeiros perioperatórios (AESOP, 2006).

Na segunda fase, **Anestesia**, o enfermeiro presta assistência a todos os clientes sujeitos a procedimentos anestésicos em cirurgia eletiva convencional ou em regime de ambulatório, assim como em situação de urgência ou emergência cirúrgica. Assim compete ao enfermeiro:

- Confirmar as condições de higienização e climatização da sala operatória.

- Testar o funcionamento de todo o equipamento anestésico necessário ao ato anestésico.
- Proceder à admissão do cliente consoante o regime de contratualização cirúrgica.
- Confirmar a disponibilidade de sangue, hemoderivados e vaga na UCI.
- Verificar a permeabilidade do acesso venoso periférico ou realizar cateterismo venoso.
- Preparar, administrar e registar a terapêutica prescrita.
- Instalar/Posicionar o cliente para o ato anestésico.
- Colaborar e antecipar as necessidades do médico anestesiológista e do ato anestésico.
- Providenciar a manutenção/restabelecimento da normoterapia.
- Assistir ao médico anestesiológista na realização de técnicas invasivas e/ou outros exames médicos complementares de diagnóstico.
- Vigiar parâmetros hemodinâmicos e ventilatórios.
- Contabilizar as perdas sanguíneas e débito urinário.
- Efetuar registos do ato anestésico/cirúrgico.
- Colaborar na recuperação anestésica.
- Proceder à transferência do cliente para outra unidade de cuidados.
- Saber responder a situações de avarias com equipamentos.
- Repor *stocks* (AESOP, 2006).

Na terceira fase, **Circulação**, o enfermeiro é responsável por atender às necessidades do cliente, do enfermeiro a instrumentar e da restante equipa cirúrgica, organizando, gerindo e controlando todo o processo que se desenvolve na sala operatória, de modo a que a intervenção cirúrgica se realize nas melhores condições de segurança e eficiência para o cliente e para os profissionais. Assim, o enfermeiro deve adquirir e desenvolver as seguintes competências:

- Conhecer o plano operatório e planejar os cuidados.
- Saber os pré-requisitos de higienização e climatização que a sala operatória deve ter para funcionar.
- Saber todo o equipamento, instrumental e dispositivos médicos necessários para cada cirurgia.

- Conhecer os vários posicionamentos requeridos para as diferentes cirurgias, bem como o material necessário para proporcionar ao cliente conforto e segurança durante os mesmos.
- Saber qual a extensão do campo operatório que vai ser desinfetado e que precisa ficar a descoberto.
- Conhecer os procedimentos de abertura das caixas de instrumentos e das restantes embalagens de material esterilizado.
- Conhecer os procedimentos de auxiliar a vestir a equipa cirúrgica.
- Conhecer os passos da cirurgia e prever os tempos operatórios de modo a antecipar-se às necessidades da equipa cirúrgica.
- Conhecer as regras de movimentação e posicionamento de todos os elementos da equipa cirúrgica dentro do BO.
- Ser responsável pela manutenção da técnica assética da equipa cirúrgica em colaboração com o enfermeiro instrumentista.
- Saber os procedimentos de segurança a efetuar no início e no final da cirurgia, no que se refere à contagem de instrumentos, compressas e cortantes.
- Conhecer as normas de rotulação, acondicionamento e envio das amostras biológicas recolhidas.
- Ter conhecimento dos registos necessários a fazer durante a cirurgia, bem como da altura certa para os efetuar.
- Conhecer as normas de acondicionamento e transporte de materiais sujos da sala de operações (AESOP, 2006).

Na quarta fase, **Instrumentação**, a instrumentação cirúrgica ocupa um posto de trabalho de grande diferenciação técnica pelo que necessita de uma integração cuidada e de uma atualização de conhecimentos permanente. Assim, o enfermeiro deve adquirir e desenvolver as seguintes competências:

- Conhecer o plano operatório e planejar os cuidados.
- Conhecer todo o equipamento, instrumental e dispositivos médicos necessários para cada cirurgia.
- Conhecer a técnica da lavagem cirúrgica das mãos.
- Conhecer os procedimentos de vestir a bata e calçar as luvas com técnica assética, a si e aos restantes elementos da equipa cirúrgica.

- Conhecer as normas gerais de colocação das mesas de instrumentação.
- Conhecer os diferentes tipos de sutura e a sua aplicação.
- Conhecer os procedimentos da desinfecção do campo operatório e da colocação dos campos esterilizados.
- Conhecer as regras de movimentação e posicionamento da equipa cirúrgica.
- Ser responsável pela manutenção da técnica asséptica cirúrgica da equipa durante a intervenção.
- Conhecer os passos da cirurgia e prever os tempos operatórios de modo a antecipar-se ao cirurgião.
- Conhecer as normas de passagem de instrumental cirúrgico ao cirurgião com segurança.
- Conhecer as normas de manutenção da assepsia dos instrumentos e dispositivos médicos utilizados durante a cirurgia.
- Saber os procedimentos de segurança a efetuar no início e no final da cirurgia, no que se refere à contagem de instrumentos, compressas e cortantes.
- Conhecer as normas de realização do penso operatório com ou sem drenagens.
- Conhecer as normas de retirar campos, bata cirúrgica, luvas e máscara após a intervenção.
- Conhecer as normas de acondicionamento e transporte de materiais sujos da sala de operações (AESOP, 2006).

De acordo com IVANCEVICH (2008), um programa de integração deve ter tempos definidos para aprender as políticas do hospital e serviço, procedimentos e protocolos de aplicação clínica e, posteriormente, tempo para a prática clínica. Num programa sistemático e bem elaborado, o novo funcionário deve ser informado do que se espera dele.

COCKERHAM *et al.* (2011) referem a importância da realização de reuniões periódicas durante o período de integração de forma a aferir quais as áreas a melhorar. *“Deve-se dar tempo suficiente para o novo funcionário se familiarizar com o ambiente antes de começar a exigir mais do seu trabalho.”* (IVANCEVICH, 2008, p. 398).

Para assegurar uma correta integração, devem existir avaliações formativas, em suporte de papel, preenchida e discutida por ambos. *“Os actores não se formam a partir da definição de um conjunto de objectivos e conteúdos previamente estabelecidos, mas*

através de uma dinâmica reflexiva sobre a prática profissional.” (BÁRTOLO, 2007, p. 26).

A integração do novo enfermeiro no BO é da responsabilidade do Chefe do Serviço, que delega essa atividade a um enfermeiro que reconheça perfil e competência para levar a cabo a integração e socialização do novo elemento. Segundo IVANCEVICH (2008), o novo profissional deve ser integrado por um trabalhador mais experiente, que seja capaz de esclarecer as suas dúvidas e manter um contacto próximo durante o período de iniciação do trabalho. *“É preciso muito cuidado para escolher um bom instrutor ou treinador. Até certo ponto, o sucesso do programa de treinamento depende da escolha da pessoa certa que executará a tarefa de treinar.”* (IVANCEVICH, 2008, p. 407).

“Um profissional é perito quando, na sua esfera de acção, detém reconhecidos saberes e é escutado por outros, pares ou não, profissionais ou não. Porque a sua intervenção ganha crédito, as suas acções conferem-lhe credibilidade – sejam quais forem as esferas: científica e clínica, por exemplo.” (NUNES, 2010, p. 9).

É indispensável que o enfermeiro integrador possua idoneidade, bons conhecimentos técnicos e científicos, bom desempenho e brio profissional, boa capacidade de planeamento e organização de trabalho e também boa relação interpessoal.

“A consciência cirúrgica é vital no enfermeiro perioperatório e necessita de estar suportado por conhecimentos teóricos e habilidades técnicas; requer honestidade, segurança, profissionalismo e ética profissional.” (PINHEIRO, 2007, p. 21).

A integração no BO deve orientar os novos elementos para o desenvolvimento de competências que representam o conjunto de conhecimentos, habilidades, comportamentos e práticas necessários para o desempenho global do conteúdo funcional do enfermeiro perioperatório (AESOP, 2006).

“A aquisição de competências é um processo dinâmico que permite a qualquer pessoa conhecer-se melhor, descobrir as suas potencialidades pessoais e profissionais e estabelecer um projecto profissional realista; permite tomar consciência das suas competências e permite trilhar novos caminhos.” (PINHEIRO, 2007, p. 25).

1.3.2. O Desenvolvimento de Competências Segundo Benner

Parece-nos pertinente referenciar Benner, no trabalho que desenvolveu sobre o modelo de aquisição de competências através da Excelência e do Poder na prática clínica de Enfermagem.

Um dos objetivos deste trabalho é o de tornar as práticas de cuidar, que são uma parte integrante da excelência na prática de enfermagem, visíveis (BENNER, 2001).

Afirma ainda que a Enfermagem tem uma prática socialmente organizada e uma forma implícita de conhecimento e de ética – como qualquer outra prática, enfrenta continuamente um desafio para o desenvolvimento ou para o declínio. As práticas crescem através da aprendizagem experiencial e através da transmissão dessa aprendizagem nos contextos de cuidados.

Querendo os enfermeiros tornar visível a sua prática profissional, é fundamental que o que for mostrado apresente qualidade, coerência e profissionalismo. Esse quadro só será possível com a soma de uma série de factores que passaremos a enumerar. O primeiro é a pessoa que habita o enfermeiro e o valor dos seus princípios éticos e morais. A pessoa que assume o compromisso com a Enfermagem terá que ter a noção que irá desempenhar funções com e para pessoas; logo, os aspetos relacionais irão estar muito presentes e há que saber lidar com essas relações. Segundo ARMANDINA e NUNES (1995), pode-se aceitar que esta profissão tem uma tripla orientação no que diz respeito ao que se realiza em nome do ser humano (ética), em nome da profissão (deontologia) e em nome da sociedade (moral).

Como segundo fator, consideramos pertinente colocar a formação base da profissão, ou seja, o curso de licenciatura em Enfermagem. E, neste ponto, o papel das escolas de Enfermagem é fulcral. À escola compete a qualificação dos futuros profissionais, ou seja, a garantia dum conjunto de saberes resultantes de uma formação específica, na medida em que será ao longo dos quatro anos do curso que se processará a construção da pessoa enfermeiro através dos conhecimentos fornecidos pela escola para o desenvolvimento de capacidades e experiências no domínios cognitivo, afetivo e psicomotor, sendo esta também responsável por incutir nos seus estudantes sentimentos como amor, orgulho, brio e empenho pela profissão. Sendo esta mensagem bem transmitida pelos professores e bem recebida por parte dos estudantes, uma boa percentagem do processo de desenvolvimento do enfermeiro estará realizada, e esse enfermeiro terá fortes possibilidades de se tornar exemplar.

Todavia, HESBEEN (2001) considera que aqueles que têm uma profissão na área da saúde não podem no imediato ser classificados como prestadores de cuidados. A própria natureza desta atividade não permite que este estatuto seja adquirido através de uma qualificação ou de uma função, pois exige, fundamentalmente, um espírito profundo e

genuinamente humano, manifestado pela preocupação e com o respeito pelo outro, e pelas ações pensadas e criadas por uma determinada pessoa ou grupo.

Entramos assim no terceiro fator, que é a forma como é processada a integração dos profissionais. Voltamos aqui a referenciar a pertinência do tema escolhido e o porquê da sua premência atual.

Para melhor compreender esta pertinência reportamo-nos novamente ao trabalho de BENNER (2001), identificando outro objetivo focado pela autora que é o de examinar as diferenças entre o conhecimento prático e teórico e a forma como esse conhecimento é incluído na perícia. Esta desenvolve-se quando o profissional testa e refina propostas, hipóteses e as expectativas fundadas sobre os princípios, em situações da prática real. Pode-se concluir, assim, que a experiência é necessária para a perícia.

Entra-se assim no Modelo Dreyfus de Aquisição de Competências (DREYFUS & DREYFUS, 1980; DREYFUS, 1981) aplicado à Enfermagem. Este modelo estabelece que, na aquisição e no desenvolvimento de competências, um estudante passa por cinco níveis sucessivos de proficiência: **iniciado**, **iniciado avançado**, **competente**, **proficiente** e **perito**.

- Nível 1 – **Iniciado**: não tem experiência com as situações com que é confrontado. As regras são-lhe apresentadas, em termos objetivos, de forma a orientar os seus atos, pelo que apresenta um comportamento rígido no cumprimento das mesmas.
- Nível 2 – **Iniciado Avançado**: apresenta um comportamento aceitável, uma vez que já vivenciou situações reais das quais extraiu fatores significativos e que reproduziu em situações idênticas; necessita de ser enquadrado no contexto da prática, por exemplo, na gestão de prioridades.
- Nível 3 – **Competente**: o enfermeiro que exerce funções no mesmo serviço há 2 ou 3 anos e que é capaz de aperceber-se, em termos objetivos, dos seus atos e planos, conscientes e deliberados; tem uma postura de quem sabe o que faz e de que é capaz de responder a imprevistos na sua prática de enfermagem.
- Nível 4 – **Proficiente**: entende as situações como partes de um todo e não como atos isolados; toma decisões conscientes e aprende com a experiência o que esperar em determinadas situações e como alterar os seus planos de ação.

- Nível 5 – **Perito**: suporta a sua ação a partir da experiência e compreende cada situação de forma intuitiva; já não se baseia em regras ou princípios. O seu desempenho é altamente complexo e eficaz.

Estes diferentes níveis são o reflexo de mudanças, em três aspetos gerais, que se introduzem aquando da aquisição de uma competência. *“O primeiro é a passagem de uma confiança em princípios abstratos à utilização, a título de paradigma, de uma experiência passada concreta; o segundo é a modificação da maneira como o formando se apercebe de uma situação – não a vê tanto como um conjunto de elementos tirados aqui e ali, mas como um todo no qual só algumas partes são relevantes; o terceiro aspeto é a passagem de observador desligado a executante envolvido. Este último já não está do lado de fora da situação e do processo, mas está empenhado na situação.”* (PINHEIRO, 2007, p. 18).

O mesmo modelo, citado por BENNER (2001), evidencia ainda que, se um perito de enfermagem mudar de área de cuidados, voltará a um nível anterior de funcionamento, sendo certo que a experiência adquirida lhe permitirá evoluir mais rapidamente para a competência como perito na nova área de exercício.

Para estas mudanças de níveis se concretizarem corretamente é fundamental o acompanhamento do novo elemento no serviço por enfermeiros experientes e que esse acompanhamento seja suportado por programas de integração bem concebidos. Estes programas devem permitir que os enfermeiros recém-admitidos fiquem supranumerários durante um certo período de tempo, para que, para além da aprendizagem prática das novas atividades, lhes seja proporcionada uma componente teórica, não só sobre problemas inerentes da Enfermagem, mas também relacionadas com os deveres e direitos próprios do profissional de enfermagem a desempenhar funções numa determinada Instituição com uma organização específica.

Segundo BENNER (2001), os estudantes não são os únicos iniciados; todos os enfermeiros que integram um novo serviço em que não conhecem os clientes podem encontrar-se a este nível, se os objetivos e os aspectos inerentes aos cuidados não lhes forem familiares.

Concluído o enquadramento de suporte à problemática da integração, evidenciamos o restante enquadramento de suporte à análise das competências específicas do enfermeiro em pessoa em situação crítica e em pessoa em situação crónica e paliativa.

1.4. CONTROLO DE INFEÇÃO HOSPITALAR

Em pleno século XXI, surge o novo desafio quanto à compreensão das Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS), consideradas uma epidemia silenciosa pela Organização Mundial da Saúde. Em Portugal, no Inquérito Nacional de Prevalência de Infecção, realizado em Março de 2009 pelo Programa Nacional de Controlo de Infecção, no âmbito da Campanha da Organização Mundial da Saúde “Práticas Simples Salvam Vidas”, foram estudados 21.459 clientes internados em 144 hospitais, mostrando uma prevalência de 11,03 % de IACS em 9,8 % clientes hospitalizados. Logo, pelo menos, cinco em cada cem clientes tratados nos hospitais portugueses poderão ter adquirido uma infeção na sequência do internamento (PINA *et al.*, 2010).

A Infecção Hospitalar é um grande problema de saúde pública, sendo responsável pelo aumento da morbilidade e mortalidade dos clientes, bem como do período de internamento e custos hospitalares (D'AGATA *et al.*, 2008).

Em Portugal, o controlo da infeção em todas as unidades de saúde é recomendado desde 1986. A constituição de CCI nos Hospitais surge em 1993 pela Circular Normativa nº4/93 de 10/02/93 da Direção Geral dos Hospitais. Em 1996, esta medida é alargada a todas as unidades de saúde públicas e privadas, integradas na rede nacional de prestação de cuidados de saúde. Decorreu durante dez anos (1988-1998) o Projeto de Controlo de Infecção, substituído em 2007 através do Despacho do Diretor Geral da Saúde de 23/10/96 pela criação do PNCI. Este projeto foi uma das medidas mais inovadoras, com o objetivo de dar a conhecer a verdadeira dimensão do problema e promover medidas essenciais para a prevenção da infeção através da identificação e modificação das práticas de risco, estando ainda hoje enquadrado no atual Plano Nacional de Saúde.

A Direção Geral de Saúde emanou Circulares Normativas relativas à organização das atividades de prevenção e controlo de infeção nas unidades de saúde, responsabilizando os Órgãos de Gestão pela criação de condições físicas e recursos humanos e logísticos, para que as CCI pudessem desenvolver as suas atribuições nas diversas áreas de intervenção no sentido da execução do PNCI.

Infecções Nosocomiais, também chamadas Infecções Hospitalares, e atualmente denominadas por IACS, são infeções adquiridas numa Instituição de Saúde, por um cliente que foi internado por outra razão que não essa infeção. Esta infeção não estava presente, nem em incubação, à data da admissão. Estão incluídas as infeções adquiridas no hospital

que se detetam após a alta, assim como infecções ocupacionais nos Profissionais de Saúde (DGS, 2007).

Desta forma, é fundamental assegurar o registo contínuo, a análise, a interpretação, e a informação de retorno relativamente às IACS, no quadro de sistemas bem estruturados de vigilância epidemiológica, de estrutura, de processo e de resultado, e apoiados pela divulgação de padrões de qualidade dos cuidados, nomeadamente através de recomendações de boas práticas, formação e informação dos profissionais (DGS, 2007), onde se enquadram as competências do Enfermeiro Especialista em Pessoa em Situação Crítica, que desempenha um papel crucial na maximização da prevenção e controlo das infecções associadas aos cuidados de saúde.

“O controlo da infecção está directamente relacionado com a assepsia e com todos os procedimentos relacionados com o ambiente cirúrgico, comportamento dos profissionais e tratamento dos dispositivos médicos. O ambiente cirúrgico dos Blocos Operatórios caracteriza-se por manter nos mínimos absolutos a população de microorganismos.” (AESOP, 2006, p. 54).

1.5. INTERVENÇÃO EM CATÁSTROFE E EMERGÊNCIA MULTIVÍTIMA

De acordo com a Diretiva Operacional Nacional nº 01/2009 da Autoridade Nacional de Proteção Civil (ANPC), as operações de proteção civil e socorro constituem-se como atividades multidisciplinares desenvolvidas pelos organismos, serviços e entidades de nível nacional, distrital e municipal, convenientemente organizados no Sistema Integrado de Operações de Proteção e Socorro (ANPC, 2009).

Esta Diretiva apresenta-se como um instrumento de planeamento, organização, coordenação e comando operacional do Dispositivo Integrado das Operações de Proteção e Socorro e ainda como documento padrão para os planos e diretivas de outras entidades públicas ou privadas da área de proteção e socorro (*Idem*).

“Todas as organizações devem definir uma política de gestão de risco de forma a garantir, uma maior e mais adequada segurança no local de trabalho relativamente às instalações, conduta e responsabilidades dos profissionais perante situações consideradas potencial ou efectivamente perigosas.” (AESOP, 2006, p. 61).

“As medidas a adoptar destinam-se a limitar os riscos para as pessoas presentes na instituição, incluindo sistemas de alerta e condutas a adoptar em caso de alerta, que

têm como finalidade controlar e limitar as consequências de situações ou ocorrências possíveis de prever e susceptíveis de desempenhar um papel significativo no desencadeamento de um acidente grave.” (Idem).

A profissão de enfermagem tem obrigações éticas para com a sociedade e para com os clientes. Segundo o parecer da OE em relação aos cuidados seguros, *“os enfermeiros têm o dever de excelência e, conseqüentemente, de assegurar cuidados em segurança e promover um ambiente seguro; a excelência é uma exigência ética, no direito ao melhor cuidado em que a confiança, a competência e a equidade se reforçam. Controlar os riscos que ameaçam a capacidade profissional promove a qualidade dos cuidados, o que corresponde a realizar plenamente a obrigação profissional.”* (OE, 2006, p. 5).

A política de gestão de risco tem como objetivos: eliminar os riscos para os clientes e profissionais; garantir o máximo de condições de segurança de pessoas e bens na organização; promover a saúde e a segurança dos clientes, profissionais e visitas; consciencializar os profissionais para a problemática do risco; e reduzir os custos das instituições, produzindo assim ganhos para a saúde (AESOP, 2006).

“Os enfermeiros perioperatórios têm uma enorme responsabilidade para com os doentes e devem ser os principais impulsionadores desta metodologia, uma vez que os doentes estão anestesiados ou sedados e por isso mais susceptíveis e vulneráveis a qualquer tipo de risco ou acidente.” (AESOP, 2006, p. 61).

A segurança é uma responsabilidade que é partilhada entre a organização e os seus profissionais. A organização deve proporcionar um ambiente de trabalho seguro em termos de riscos para a saúde e cada profissional deve conhecer os riscos a que está sujeito e respeitar todas as normas de segurança (AESOP, 2006).

“A manutenção da segurança revelou-se um dos temas de maior amplitude para a enfermagem perioperatória, sendo importante que o enfermeiro perioperatório conheça e compreenda a complexidade do ambiente em que trabalha e o papel que as práticas de segurança desempenham na criação e manutenção dum ambiente seguro para o doente cirúrgico e o pessoal.” (AESOP, 2006, p. 67).

A existência de planos de emergência e catástrofe implementados, treinados e assimilados por todos os profissionais que estão direta ou indiretamente ligados com vítimas é de extrema importância e faz toda a diferença numa catástrofe.

O Plano de Emergência Interno é essencial como ferramenta de reforço de avaliação dos meios de reação da organização face a uma situação de crise, definindo regras ou normas gerais de atuação nesse contexto (DGS, 2010).

O trabalho de equipa e uma boa articulação entre os vários profissionais e os vários serviços da instituição tornam-se fundamentais na garantia de uma resposta eficiente e eficaz em caso de emergência ou catástrofe.

Neste contexto, é fundamental a intervenção do Enfermeiro Especialista em Pessoa em Situação Crítica, que desempenha um papel importante na dinamização da resposta a situações de catástrofe ou emergência multivítima, da concepção à ação, intervindo na elaboração dos planos institucionais e na liderança da resposta a situações de catástrofe, e que, perante a complexidade decorrente da existência de múltiplas vítimas em simultâneo em situação crítica e/ou risco de falência orgânica, tem a capacidade de gerir equipas, de forma sistematizada, no sentido da eficácia e eficiência da resposta.

1.6. CUIDADOS PALIATIVOS

Defende-se hoje que, com vista à maximização da qualidade de vida do cliente, a introdução dos CP se faça tão precocemente quanto possível no curso da doença prolongada, incurável e progressiva, tendo sempre presente que, mesmo quando a cura não é possível, deve existir investimento dos profissionais envolvidos (APCP, 2006).

Os CP são cuidados prestados a clientes em situação de grande sofrimento, por doença incurável em fase avançada e rapidamente progressiva, com o principal objetivo de promover, tanto quanto possível e até ao fim, o seu bem estar e qualidade de vida. São cuidados ativos, coordenados e globais, que incluem a família, prestados por equipas e unidades específicas de cuidados paliativos, em internamento ou no domicílio, segundo níveis de diferenciação (PNCP, 2010).

Os CP são cuidados ativos e totais aos clientes com doenças que constituam risco de vida, e suas famílias, realizados por uma equipa multidisciplinar, num momento em que a doença já não responde aos tratamentos curativos ou que prolongam a vida (TWYXCROSS, 2003).

Estes cuidados não pretendem apressar nem protelar intencionalmente a morte, aceitam-na e também melhoram a vida, e preocupam-se com o crescimento pessoal e a reconciliação, ou seja, as “(...) *relações correctas consigo mesmo, com os outros, com o ambiente e com Deus (...) morrer reconciliado significa ser capaz de dizer ou transmitir:*

Gosto de ti, Perdoa-me, Obrigado, Adeus.” (TWYXCROSS, 2003, p. 17).

As ações paliativas, por sua vez, são medidas terapêuticas, pontuais, sem intuito curativo, que visa minorar as repercussões negativas da doença sobre o bem estar global do cliente. São parte integrante da prática profissional, qualquer que seja a doença ou a fase da sua evolução (PNCP, 2010)

Para BARBOSA e NETO (2006), as quatro vertentes fundamentais para a prática dos CP são: o controlo de sintomas, a comunicação adequada, o apoio à família e o trabalho em equipa. Estas vertentes devem ser encaradas numa perspetiva de igual importância, pois não é possível praticar CP de qualidade se alguma delas for subestimada.

Num determinado ponto da trajetória da doença avançada e incurável, torna-se apropriado fazer a viragem do tipo de cuidados dirigidos ao suporte de vida para a maximização da qualidade de vida do tempo restante, pelo que o foco é frequentemente dirigido a uma intensiva gestão dos sintomas (POOR e POIRRIER, 2001).

Os CP opõem-se a realidades como a dor, a eutanásia, a desumanização nos hospitais, o encarniçamento terapêutico, a futilidade terapêutica, o abandono de clientes incuráveis e a negação da morte na sociedade moderna.

Por sua vez, os CP dirigem-se mais aos clientes do que à doença; aceitam a morte e melhoram a vida; constituem uma aliança entre o cliente e os prestadores de cuidados e preocupam-se mais com a “reconciliação” do que com a cura (TWYXCROSS, 2003).

Segundo o PNCP (2010), quem necessita de cuidados paliativos são todos aqueles com doença progressiva, na fase mais avançada, sem perspetiva de tratamento curativo; com expectativa de vida limitada; com intenso sofrimento e com problemas e necessidades complexas que exigem apoio específico, organizado e interdisciplinar.

Os princípios dos cuidados paliativos aplicam-se, de forma geral, aos clientes com qualquer tipo de doença progressiva que constitua risco de vida (TWYXCROSS, 2003). Segundo NETO (2003), são os clientes com cancro, sida, doenças neurológicas degenerativas, insuficiência específica de órgãos e clientes geriátricos avançados.

As principais fontes de sofrimento da pessoa em cuidados paliativos são: perda de autonomia e dependência de terceiros, sintomas mal controlados, alteração da imagem corporal, perda de dignidade, perda do sentido da vida, perda de papéis sociais, perda de regalias económicas, alterações nas relações interpessoais, modificação de expectativas e planos futuros e abandono (BARBOSA e NETO, 2006).

Promover a adaptação da família ao processo de doença e internamento permite a adaptação de cada elemento da família à situação de perda (*Idem*). É importante a família lidar com a possibilidade da perda e da separação antes da ocorrência da morte, tornando o processo de luto após a morte mais tranquilo (PIMENTA, MOTA e CRUZ, 2006).

Em suma, os CP promovem o conforto e melhoram a qualidade de vida do cliente e da sua família; promovem o ajustamento às alterações inerentes à doença avançada e terminal e proporcionam uma morte digna, com o menor sofrimento, no lugar escolhido pelo cliente e pela família.

Neste contexto, é fundamental a intervenção do Enfermeiro Especialista em Pessoa em Situação Crónica e Paliativa, ao desempenhar um papel crucial na prestação de cuidados, numa avaliação holística da pessoa, incluindo familiares e cuidadores, numa relação terapêutica que visa a identificação de necessidades, redução do sofrimento e promoção da qualidade de vida (O.E., 2013).

Após o enquadramento conceptual de suporte aos projetos desenvolvidos durante o CMEMC, avançamos para o segundo capítulo, onde apresentamos o PIS.

2. PROJETO DE INTERVENÇÃO EM SERVIÇO

O PIS foi realizado no âmbito dos Estágios I, II e III das Unidades Curriculares de Enfermagem Médico-Cirúrgica I e II, do 3º CEMEC da ESS IPS.

De acordo com o Guia Orientador dos Estágios (ESS IPS, 2014/2015a), a elaboração do PIS tem como finalidade a aquisição e a mobilização das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista.

2.1. SÍNTESE DA METODOLOGIA UTILIZADA

Segundo RUIVO, FERRITO e NUNES (2010, p. 2), *“a Metodologia de Projecto, baseia-se numa investigação centrada num problema real identificado e na implementação de estratégias e intervenções eficazes para a sua resolução. Esta metodologia através da pesquisa, análise e resolução de problemas reais do contexto é promotora de uma prática fundamentada e baseada em evidência.”*

“O facto de esta metodologia se centrar na resolução de problemas introduz uma dinâmica integradora e de síntese entre a teoria e a prática.” (LEITE, MALPIQUE e SANTOS, 2001, p. 77).

A metodologia de trabalho de projeto é composta por cinco etapas: diagnóstico de situação; definição de objetivos; planeamento; execução e avaliação; e divulgação (RUIVO, FERRITO e NUNES, 2010).

Seguidamente apresentaremos o diagnóstico de situação realizado, onde constam os objetivos; o planeamento; a execução e a avaliação; e a divulgação do trabalho realizado.

2.1.1. Diagnóstico de Situação

O diagnóstico de situação pretende demonstrar o caminho percorrido para chegar à definição do problema identificado. Segundo KURCGANT (1991), o diagnóstico de situação é feito tendo por base o levantamento das necessidades e a análise de informações do serviço em causa.

“Quando desenvolvemos um projecto no contexto de cuidados de saúde devemos realizar uma análise integrada das necessidades da população, na perspectiva de

desenvolver estratégias e acções, concentrando os esforços e aproveitando os recursos disponíveis de forma a fomentar o trabalho em equipa entre os profissionais de saúde e equipa multidisciplinar e promover a capacidade, motivação e autonomia da população.” (RUIVO, FERRITO e NUNES, 2010, p. 10).

De forma a facilitar a compreensão do diagnóstico de situação efetuado, importa conhecer a organização e o serviço onde os estágios foram desenvolvidos, podendo ser consultado em apêndice (Apêndice 2).

O serviço onde foram realizados os estágios para o desenvolvimento do PIS foi o BO do CHX.

A área temática que nos propusemos desenvolver foi a integração dos novos enfermeiros no BO. O facto de não existir um programa de integração definido e implementado no serviço constituiu um problema sentido, tanto por nós como por toda a equipa de enfermagem, o que lhe conferiu maior importância e importância (consistência), no que respeita à necessidade de resolução.

Por outro lado, vivemos numa fase em que a Instituição se encontra num processo de acreditação de qualidade, pelo que, para se atingir essa qualidade, é necessário que esta zele pelas boas práticas de todos os seus profissionais, em todas as áreas de intervenção e em todos os serviços que a integram.

A opção por este tema deveu-se a vários fatores: Por um lado, consideramos que um enfermeiro bem integrado sente-se mais confiante, seguro e capaz de resolver questões que, numa profissão exigente como a de Enfermagem, lhe são colocadas quotidianamente, o que é uma mais valia tanto para o cliente a quem se presta cuidados, como para o serviço e para a própria Instituição. Por outro lado, no que respeita ao nosso desenvolvimento profissional, somos muitas vezes delegados pelo enfermeiro-chefe/coordenador do serviço para integrar os colegas que iniciam funções no serviço, o que nos responsabiliza por tudo aquilo que lhes apresentamos, pela postura que adotamos e, até, pelos conhecimentos transmitidos. Consideramos que ter a responsabilidade de integrar enfermeiros representou um incentivo à decisão da escolha desta temática.

A existência de um programa de integração tem como finalidade facilitar não só o trabalho do integrador, mas também proporcionar aos novos profissionais um documento de apresentação do serviço e de planeamento global da sua integração.

O BO não apresentava um programa de integração definido, o que dificultava e comprometia não só o desempenho dos integradores, como também a própria integração dos novos elementos.

A contextualização do problema identificado, a inexistência de um programa de integração dos enfermeiros no BO, baseou-se em técnicas de diagnóstico: a observação, a entrevista, a análise *SWOT* e o questionário.

A observação permite conhecer e compreender a realidade sobre a qual se vai agir. Através dela, foi possível constatar as dificuldades que os integradores e os integrandos tinham, no período de integração, denotando-se alguma ansiedade e desconforto pelo facto de não existir um plano de integração previamente definido.

Por sua vez, na entrevista, cria-se uma relação de interação, gerando-se uma atmosfera de influência recíproca entre quem pergunta e quem responde; tem ainda a vantagem de permitir a apreensão imediata da informação desejada. Com este método dá-se alguma liberdade de conversação, pois a sua aplicabilidade pelo entrevistador não é rígida. O entrevistador serve-se do seu guião para orientar a conversação, mas não impõe uma estruturação prévia da mesma, o que faz com que o entrevistado se sinta mais à vontade, viabilizando assim mais informação.

“A entrevista é um modo particular de comunicação verbal que se estabelece entre o investigador e os participantes com o objectivo de colher dados relativos às questões de investigação formuladas” (FORTIN, 2009, p. 375).

As entrevistas exploratórias não estruturadas foram realizadas com o coordenador do serviço, com a enfermeira orientadora de estágio e com duas enfermeiras de referência na integração de novos elementos no BO, com o objetivo de recolher algumas informações acerca da integração dos novos enfermeiros. *“As entrevistas exploratórias servem para encontrar pistas de reflexão, ideias e hipóteses de trabalho”* (QUIVY, 1998, p. 71).

As entrevistas permitiram recolher a opinião destes enfermeiros sobre a importância da existência de um programa de integração no BO. Foram realizados registos escritos com a devida autorização dos entrevistados.

Assim, da análise do conteúdo das entrevistas, todos os entrevistados consideraram que o projeto era pertinente e que a temática em questão era uma necessidade para o serviço. Também deram sugestões para a construção do plano de integração, que tivemos em consideração na fase de planeamento.

Durante a entrevista, o coordenador do serviço referiu que nem sempre tem sido possível garantir todos os aspetos importantes para o sucesso das integrações dos enfermeiros neste serviço, devido à desmotivação da equipa de enfermagem e também porque a percentagem elevada de absentismo dos enfermeiros (5%) faz com que o número de enfermeiros, por turno, seja insuficiente para garantir a continuidade das integrações, ficando o enfermeiro em integração a contar como elemento, ocupando uma função em que esteja já integrado. O absentismo leva também a que os novos enfermeiros sejam integrados por diferentes enfermeiros e por enfermeiros que não costumam fazer integrações.

Tratando-se de um projeto de intervenção em serviço, utilizamos como ferramenta de Gestão a matriz *SWOT*, que permitiu a identificação das debilidades e ameaças (fatores negativos) e das forças e oportunidades (fatores positivos), elementos importantes na etapa de diagnóstico e com contributos para o planeamento do PIS (Apêndice 3).

Segundo HINDLE (2004), o processo de elaboração de uma matriz *SWOT* começa normalmente por uma listagem dos diferentes fatores endógenos (Forças e Fraquezas), e dos diferentes fatores exógenos (Oportunidades e Ameaças), podendo ser atribuída a cada Força, Fraqueza, Oportunidade ou Ameaça uma pontuação conforme a sua importância ou grau de gravidade. Posteriormente pode proceder-se ao cruzamento mais minucioso ou mais genérico entre as diferentes variáveis identificadas, dependendo do número a que se tiver chegado. Para o efeito, as variáveis são dispostas numa matriz, permitindo que através do recurso a uma pontuação (que pode ser de 3 ou 5 pontos), se possa identificar sobre o efeito de umas sobre outras.

Após abordagem dos fatores positivos e dos fatores negativos, ou seja, de elementos pertinentes para a realização de um diagnóstico, o passo seguinte consiste em seleccionar as prioridades da intervenção, em função dos recursos humanos e materiais.

Para que fosse possível validar junto da equipa de enfermagem a necessidade de trabalhar a temática “Integração dos Novos Enfermeiros no Bloco Operatório”, construímos um questionário através do qual os seus elementos foram inquiridos acerca desse processo (Apêndice 4).

A população alvo foi o universo dos enfermeiros a exercer funções no BO há menos de 10 anos, num total de 20 elementos. Esta opção de limitar a amostra de acordo com os anos de experiência profissional neste serviço deveu-se ao facto de considerarmos que eram estes os enfermeiros que mais se recordavam do seu período de integração, de

forma a que os resultados fossem o mais fidedignos possível. E também, não menos importante, teve-se em conta que os restantes enfermeiros do serviço, todos com mais de 15 anos a exercer funções neste BO, verbalizaram, quando questionados, que as suas integrações não foram feitas segundo as diretrizes da AESOP, em que a integração deve ser estruturada em quatro fases. Referiram, ainda, que dadas as características específicas deste serviço e a falta de recursos humanos por equipa/turno que existia, foi pedido, desde logo, a estes enfermeiros um grande esforço pessoal, a nível da mobilização de conhecimentos, de forma a que num curto espaço de tempo de adaptação (cerca de 1 mês) pudessem estar já a desempenhar funções como elementos fixos de uma equipa, independentemente de se sentirem integrados ou não. Por todas estas razões, não solicitamos a este grupo de enfermeiros que preenchesse o questionário, pois este não se adequaria a eles.

O pedido de autorização à Enf.^a Diretora do CHX, para a aplicação do questionário (Apêndice 5) foi autorizado (Anexo 1).

Foram feitos 2 questionários pré-testes, a enfermeiros peritos nas integrações. Os restantes questionários foram respondidos no período de 28 de abril a 9 de maio e os procedimentos éticos, designadamente o consentimento livre e esclarecido dos participantes, a confidencialidade e o anonimato foram assegurados.

Dos resultados dos questionários (Apêndice 6), confirmou-se a não existência de um planeamento do processo de integração. Os novos enfermeiros eram integrados por diferentes enfermeiros, sem um período de tempo previamente estabelecido e sem que lhes fosse realizado um levantamento de necessidades de integração. A maioria dos enfermeiros referiu não concordar com a forma como a integração de novos enfermeiros no BO estava a ser praticada, pelo que sugeriram a implementação de um plano estruturado de integração, que incluísse grelhas, com objetivos para cada fase e com o tempo de duração dessas mesmas fases, incluindo avaliações periódicas.

Os objetivos deste projeto surgiram a partir do diagnóstico de situação e pretenderam dar resposta ao problema identificado.

A definição dos objetivos diz respeito à segunda fase da metodologia de trabalho de projeto. Estes são os resultados a atingir, num espaço de tempo delimitado, com uso de determinados recursos (KURCGANT, 1991).

Os objetivos, geral e específicos, estão centrados na resolução do problema identificado na fase do diagnóstico de situação, assim como todas as atividades e estratégias definidas nesta fase.

O PIS, denominado de “Integração de Enfermeiros no Bloco Operatório: O Primeiro Passo para Cuidados de Excelência”, teve como Objetivo Geral: Melhorar a qualidade e a segurança das integrações dos novos enfermeiros no BO, do CHX. Para alcançar este resultado, foram definidos os seguintes Objetivos Específicos:

- Elaborar revisão bibliográfica com base de dados científicos credíveis sobre a temática Integração;
- Elaborar manual de integração para os novos enfermeiros do BO;
- Elaborar instrumentos de registo do programa de integração;
- Divulgar o projeto na equipa, dinamizando a sua implementação;
- Testar a implementação do programa de integração;
- Elaborar procedimento de integração dos novos enfermeiros do BO;
- Avaliar a implementação do programa de integração.

Para concretizar estes objetivos, foi indispensável um planeamento bem elaborado, organizado e exequível, o qual apresentamos de seguida.

2.1.2. Planeamento

O sucesso de um projeto depende de alguns fatores, entre os quais a necessidade do seu planeamento ser realizado de uma forma objetiva, que facilmente permita o seu desenvolvimento, antecipando o futuro, bem como possíveis preocupações.

Segundo ANDER-EGG e IDAÑEZ (1999, p. 22), *“planificar é usar procedimentos para introduzir organização e racionalidade na ação, com o propósito de alcançar determinadas metas e objetivos”*.

O planeamento é a terceira fase de um projeto, em que é construído um plano detalhado do projeto, abrangendo as várias vertentes da gestão: engenharia do software, calendarização das atividades, recursos necessários, riscos e qualidade (MIGUEL, 2006). É nesta fase que se realiza o levantamento dos recursos necessários, se definem as atividades a desenvolver, os elementos do grupo com os quais se vai articular a intervenção e as limitações condicionantes do próprio trabalho. Mas, tal como nos refere o mesmo autor, a

utilização e escolha das atividades, meios e estratégias a realizar coadunam diretamente com os objetivos previamente alicerçados.

É de salientar a necessidade de se definir os indicadores de avaliação concomitantemente com as atividades e estratégias a desenvolver para realizar uma avaliação do progresso do trabalho e, deste modo, aferir se a estratégia utilizada é a adequada para atingir o objetivo.

No sentido de esquematizar as atividades e estratégias de intervenção, os recursos humanos, materiais e de tempo, bem como os indicadores de avaliação dos objetivos estabelecidos, foi preenchida a ficha de planeamento do projeto da ESS/IPS, complementada por um cronograma representativo do mesmo, que se encontra em apêndice (Apêndice 7).

2.1.3. Execução

“A etapa da Execução da Metodologia de Projecto materializa a realização, colocando em prática tudo o que foi planeado.” (RUIVO, FERRITO e NUNES, 2010, p. 23). As mesmas autoras referem que esta fase assume uma importância significativa para os intervenientes do projeto porque permite a realização das suas vontades e necessidades através das ações planeadas.

A etapa da Execução do nosso projeto ocorreu de forma natural ao longo do tempo e conforme planeado. Nos estágios I, II e III foram executadas as atividades programadas para atingir os objetivos traçados para o PIS: revisão bibliográfica; elaboração do manual de integração dos novos enfermeiros no BO; elaboração dos respetivos instrumentos de registo do processo de integração; divulgação do projeto; testar a implementação do programa de integração; elaboração do procedimento de integração e avaliação do programa.

Salientamos a adequação do planeamento realizado, evidente no cumprimento de todas as intervenções preconizadas, que passamos a descrever:

A Revisão Bibliográfica é necessária ao longo de qualquer projeto, uma vez que permite saber em que medida o tema já foi trabalhado (FORTIN, 2009). Apesar de a integração de novos enfermeiros constituir uma problemática importante, existe alguma escassez de bibliografia, quer a nível nacional como internacional. Esta dificuldade foi sendo ultrapassada com o recurso a material bibliográfico relacionado com a gestão, gestão de recursos humanos e comportamento organizacional. Perante esta limitação inicial,

procuramos não desmotivar com o projeto, pois consideramo-lo uma mais valia, com grande contributo para o serviço e para a Instituição.

Foram consultadas as bibliotecas do IPS procurando bibliografia sobre a temática da Integração e características do BO, nomeadamente na ESS, ESCE e ESE, e pesquisámos na Internet, em bases de dados como EBSCO, B-ON E COCHRANE. Por fim, construímos uma síntese coerente com todos os dados.

A Elaboração do Manual de Integração dos Novos Enfermeiros no BO é importante porque o Manual é um instrumento de comunicação que contém uma coletânea de informações/atividades a realizar, facilitadoras do processo de integração e ou de aprendizagem. O Manual não pretende substituir o papel desempenhado pelos elementos integradores, devendo ser encarado como um complemento dos mesmos, auxiliando na dissipação de dúvidas e na minimização das consequências deste processo. O enfermeiro recebe a instrução básica sobre o trabalho necessário às funções que tem a desempenhar e as suas relações com a restante equipa. Permitirá ao integrando encontrar padrões de atuação e ainda encontrar os caminhos necessários para o seu desenvolvimento no serviço.

Uma das atividades que realizámos em estágio, antes de elaborar o Manual e os instrumentos de registo do programa de integração, foi uma visita de observação a um BO de referência na integração de enfermeiros, com um programa de integração já instituído, para que assim fosse possível, não só conhecer esse programa, como também recolher contributos para a elaboração do Manual de integração (Apêndice 8). Conhecer a realidade de outra instituição, identificar possíveis constrangimentos à implementação do programa, e, deste modo, antecipar possíveis estratégias de os ultrapassar, foram outros motivos de interesse que tivemos nesta visita.

A Elaboração dos Respetivos Instrumentos de Registo do Programa de Integração foram criados e incluídos no Manual. No primeiro dia, o integrando deverá preencher um formulário de caracterização da sua experiência profissional e uma ficha de diagnóstico de admissão/integração. É no final deste dia que deve ser decidida, segundo as características do integrando, a necessidade de se alterar o plano inicial, procedendo-se à respetiva adaptação, se necessário. A descrição detalhada da fase de acolhimento/observação encontra-se em apêndice do Manual

A descrição detalhada das atividades de anestesia encontra-se em apêndice do Manual. No final desta fase é realizada uma avaliação formativa com registo em

documento próprio, de forma a que seja possível a avaliação dos objetivos delineados para esta fase e transitar para a fase seguinte.

A descrição detalhada das atividades de circulação encontra-se em apêndice do Manual. Após 2 semanas do início desta fase, o integrador e o integrando devem realizar uma avaliação intermédia com o objetivo de fazerem em conjunto uma síntese das aprendizagens já adquiridas durante esse período, de forma a planearem mais eficazmente a restante integração, dando ênfase às competências que precisam de ser melhoradas e interiorizadas. No final desta fase é realizada uma avaliação formativa com registo em documento próprio, por forma a que seja possível a avaliação dos objetivos delineados para esta fase e transitar para a fase seguinte.

A descrição detalhada das atividades de instrumentação encontra-se em apêndice do Manual. Após 2 semanas do início desta fase, o integrador e o integrando devem realizar uma avaliação intermédia com o objetivo de fazerem em conjunto uma síntese das aprendizagens já adquiridas durante esse período, de forma a planearem mais eficazmente a restante integração, dando ênfase às competências que precisam de ser melhoradas e interiorizadas. No final desta fase é realizada uma avaliação formativa com registo em documento próprio, possibilitando a avaliação dos objetivos delineados para esta fase.

Terminado o Programa de Integração, o integrando deve realizar a sua autoavaliação, verificando a eficácia do programa e identificando a necessidade de introduzir medidas corretivas, que facilitem a integração de futuros profissionais.

Todos os instrumentos de recolha de dados, diagnóstico e avaliação que o integrando terá de preencher durante o período de integração, e que se encontram em apêndice do Manual, foram elaborados e adaptados tendo por base o Programa de Integração preconizado pela AESOP (2006).

A Divulgação do Projeto é decisiva para o sucesso do projeto e foi feita através de duas ações de formação, de forma a abranger toda a equipa. As sessões foram planeadas e divulgadas adequadamente (Anexo 2), e construímos material de suporte para a formação, que se encontra em Apêndice (Apêndice 9). Uma percentagem de 75% da equipa assistiu às sessões e 20% teve conhecimento do projeto por divulgação feita através da apresentação dos próprios documentos. Os restantes 5% não tiveram conhecimento porque estão de atestado prolongado. Desta forma, atingimos a totalidade da equipa do BO disponível. Construímos uma folha própria com os nomes de toda a equipa do BO

(Apêndice 10), para que cada elemento assinasse quando tivesse conhecimento do projeto e a folha encontra-se assinada por 95% da equipa, como referido anteriormente.

A avaliação das sessões foi feita na folha própria que temos disponível na Instituição (Anexo 3), podendo dizer-se que os elementos da equipa não manifestaram nada de específico, manifestando apenas que concordavam com o programa e que o achavam pertinente.

Um dos princípios que procurámos manter em todo o projeto foi a partilha e o envolvimento de todos os intervenientes no mesmo, pois acreditamos que, quando as pessoas fazem parte do projeto, ficam mais interessadas e motivadas, o que pode contribuir muito positivamente para o sucesso de toda a intervenção.

Testar a Implementação do Programa de Integração, de forma a validar se o programa facilita o trabalho do integrador e proporciona aos novos profissionais um documento de apresentação do serviço e de planeamento global da sua integração, verificando a eficácia do programa e identificando a necessidade de introduzir medidas corretivas, que facilitem a integração dos novos enfermeiros.

O programa de integração elaborado foi testado e implementado durante os meses de novembro, dezembro e janeiro, como planeado e sem contratempos nem reajustamentos, com três elementos em integração, em fases diferentes do programa. Um dos elementos iniciou o programa na primeira fase e os restantes dois iniciaram já na terceira fase, a da circulação.

A Elaboração do Procedimento de Integração foi feita após a validação da implementação do programa e o dito procedimento foi enviado ao Gabinete de Qualidade, conforme circuitos internos (Apêndice 11). Foi apresentado o procedimento à equipa de enfermagem, numa sessão de formação, de forma a todos terem conhecimento do mesmo. Os enfermeiros que não puderam estar presentes na formação tiveram conhecimento do procedimento porque este foi deixado no livro de ocorrências de enfermagem. Todas as sugestões dadas pela equipa foram devidamente valorizadas, analisadas e discutidas com o coordenador do serviço, e integradas no procedimento.

A Avaliação do Programa é importante, porque o integrando e o integrador realizam a sua avaliação, verificando a eficácia do programa e identificando a necessidade de introduzir medidas corretivas, que facilitem a integração de futuros profissionais.

Duas semanas após o início de cada fase do programa, o integrador e o integrando realizam uma avaliação intermédia, com o objetivo de fazerem em conjunto uma síntese

das aprendizagens já adquiridas durante esse período, de forma a planearem mais eficazmente a restante integração. No final de cada fase é realizada uma avaliação formativa com registo em documento próprio, para que seja possível a avaliação dos objetivos delineados para esta fase e transitar para a fase seguinte.

As avaliações referidas foram realizadas pelos três elementos em integração, nos momentos preconizados.

O processo de integração de um enfermeiro no serviço de BO é um processo complexo, demorado, com várias etapas, que requer não só empenho do novo elemento como também exige ao mesmo uma participação ativa, formação contínua, espírito crítico e interação com o enfermeiro integrador e a restante equipa, colocando questões e pedindo esclarecimentos sempre que necessário.

A validade e a credibilidade do Manual dependem da sua constante atualização, o que demonstra que este não é uma “obra acabada”, mas sim um documento dinâmico. A reavaliação do mesmo deverá ser feita em 2017.

2.1.4. Avaliação

A avaliação deve ser feita ao longo do percurso desenvolvido, de forma a contribuir para a elaboração da avaliação final globalizante (LEITE, MALPIQUE e SANTOS, 2001).

“Na avaliação de um Projecto, podem distinguir-se vários momentos. Nesse sentido, serão abordadas a avaliação intermédia/depuração, realizada em simultâneo com a execução do projecto, e a avaliação do mesmo, com a avaliação do processo e produto do Projecto.” (RUIVO, FERRITO e NUNES, 2010, p. 24).

Terminado o Programa de Integração, o integrando deve realizar a sua autoavaliação, verificando a eficácia do programa e identificando a necessidade de introduzir medidas corretivas, que facilitem a integração de futuros profissionais.

Porque todo o programa tem uma duração mínima de 6 meses, não foi possível que nenhum dos novos elementos terminasse o programa, tendo desta forma optado por realizar avaliações intermédias do processo de integração, em folha própria (Apêndice 12), com os três novos elementos e os seus integradores, de acordo com a fase do programa em que se encontravam.

Desta avaliação, resulta o consenso de que o programa responde às suas expectativas, os conteúdos abordados até à data são adequados, é importante realizar as

avaliações formativas, o tempo preconizado para as fases do programa é adequado e os objetivos preconizados para a fase do programa onde se encontram foram atingidos.

Após a avaliação referida e todo o percurso realizado durante o diagnóstico, planeamento e execução do PIS, pode-se dizer que o resultado final deste projeto superou as nossas expectativas e que contribuiu determinantemente para atingir o seu grande objetivo: Melhorar a qualidade e a segurança das integrações dos novos enfermeiros no BO e adquirir, desenvolver e aperfeiçoar as competências comuns do enfermeiro especialista.

Os quatro domínios das competências comuns do enfermeiro especialista são: Responsabilidade profissional, ética e legal; Melhoria contínua da qualidade; Gestão de cuidados; e Desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

No domínio da **Responsabilidade Profissional, Ética e Legal**, as competências são: *“Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção; Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.”* (OE, 2010a, p. 3).

Com a realização do PIS promovemos ambas as competências, através de:

- Demonstração de tomada de decisão ética numa variedade de situações da prática especializada;
- Suporte da decisão em princípios, valores e normas deontológicas;
- Liderança de forma efetiva dos processos de tomada de decisão ética de maior complexidade na área de especialidade;
- Avaliação do processo e dos resultados da tomada de decisão;
- Promoção da proteção dos direitos humanos;
- Gestão na equipa, de forma apropriada das práticas de cuidados que podem comprometer a segurança, a privacidade ou a dignidade do cliente, que vai ser submetido a uma cirurgia no BO.

No domínio da **Melhoria Contínua da Qualidade**, as competências são: *“Desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área de governação clínica; Concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade; Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro”* (OE, 2010a, p. 3).

Com a realização do PIS promovemos estas competências, através de:

- Participação em projetos institucionais na área da qualidade, onde se enquadra o desenvolvimento de um programa de integração para novos enfermeiros no BO;
- Incorporação de diretivas e conhecimentos na melhoria da qualidade na prática, evidenciados no PIS;
- Planeamento do PIS enquanto programa de melhoria contínua;
- Liderança de programas de melhoria, onde se enquadra o trabalho desenvolvido com o PIS;
- Promoção de um ambiente terapêutico e seguro através de profissionais bem integrados no BO.

No domínio da **Gestão de Cuidados**, as competências são: *“Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional; Adapta a liderança e a gestão de recursos às situações e ao contexto visando a optimização da qualidade dos cuidados”* (OE, 2010a, p. 4).

Com a realização do PIS promovemos estas competências, através de:

- Otimização do processo de cuidados, consumada pelo programa de integração criado;
- Otimização e supervisão das tarefas delegadas, garantindo a segurança e a qualidade, promovida pela liderança no desenvolvimento do PIS;
- Otimização do trabalho da equipa, adequando os recursos às necessidades de cuidados;
- Adaptação do estilo de liderança e adequação deste ao clima organizacional estrito favorecedores da melhor resposta do grupo e dos indivíduos, durante o desenvolvimento do PIS.

No domínio do **Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais**, as competências são: *“Desenvolve auto-conhecimento e a assertividade; Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos padrões de conhecimento”* (OE, 2010a, p. 4).

Com a realização do PIS promovemos estas competências, através de:

- Evidência de uma elevada consciência enquanto pessoa e enfermeira, através da reflexão e análise de competências e promoção de atividades e estratégias para o desenvolvimento das competências comuns do enfermeiro especialista;

- Geração de respostas, de elevada adaptabilidade individual e organizacional, através do PIS;
- Responsabilização enquanto elemento facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho, na área da especialidade;
- Suporte da prática clínica na investigação e no conhecimento, na área da especialidade, pelo recurso a metodologias de investigação, onde se enquadra o PIS;
- Liderança na formulação e implementação de políticas, padrões e procedimentos para a prática especializada no ambiente de trabalho, em que se insere a orientação da prática clínica definida pelo programa de integração desenvolvido no PIS.

No final desta análise das Competências Comuns, é importante clarificar que o PAC também permite o desenvolvimento das referidas competências. No entanto, o PIS, enquanto projeto de melhoria contínua, utilizando a metodologia de trabalho de projeto, respeitando os aspetos éticos e deontológicos, tendo o tema central focalizado a integração como o primeiro passo para cuidados de excelência, promovendo a qualidade e a segurança das integrações dos novos enfermeiros no BO, assumiu-se como ferramenta fundamental para o desenvolvimento das competências comuns do Enfermeiro Especialista.

2.1.5. Divulgação

A Divulgação surge, como etapa, na perspetiva em que apenas com a difusão os resultados têm utilidade e eco na comunidade científica e na sociedade em geral (FORTIN, 2009).

Para cumprimento da última etapa do projeto, segundo FORTIN (2009), foi feito um poster sobre a temática: “Integração de Enfermeiros no Bloco Operatório”, para o Encontro de Enfermagem Médico-Cirúrgica na ESS do IPS, com o objetivo de divulgar a etapa do diagnóstico de situação do PIS (Apêndice 13) e foi escrito um artigo sobre o desenvolvimento do PIS, para ser publicado em tempo oportuno. Para além disso, a divulgação deste projeto surgirá neste relatório, que, após ser aprovado, será publicado no Repositório Comum e Bibliotecas.

Após apresentação do PIS avançamos seguidamente para a descrição do PAC, onde se pretende evidenciar de que modo foram desenvolvidas as Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Pessoa em Situação Crítica e em Pessoa em Situação Crónica e Paliativa.

3. PROJETO DE APRENDIZAGEM CLÍNICA

Neste capítulo apresentamos o PAC, desenvolvido no decorrer dos estágios I, II e III. *“Considerada a finalidade de proporcionar um espaço de aprendizagem que conduza ao desenvolvimento de competências especializadas ao nível da avaliação, planeamento, intervenção e investigação em processos associados à enfermagem médico-cirúrgica, permitindo o desenvolvimento de boas práticas em contexto de trabalho, o Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica considera, a realização de um conjunto de estágios articulados entre si, em serviços/unidades expressamente relacionados com a prestação de cuidados de enfermagem médico-cirúrgica.”* (ESS IPS, 2014/2015a, p. 3).

Segundo o Guia Orientador dos Estágios, *“o desenvolvimento de um PAC tem como referencial orientador a aquisição/aprofundamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica e/ou crónica e paliativa.”* (ESS IPS, 2014/2015a, p. 5).

A elaboração do PAC teve como finalidade diagnosticar, planear, executar, avaliar e divulgar a aquisição das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista, no âmbito da Pessoa em Situação Crítica e em Situação Crónica e Paliativa.

3.1. DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO

O serviço onde foram realizados os estágios para o desenvolvimento do PAC foi o mesmo que o do PIS, o BO do CHX. Esta escolha prendeu-se com o leque variado de potencialidades que este serviço oferece para o desenvolvimento de competências nos enfermeiros.

Este projeto evidenciou a responsabilização enquanto estudante na orientação do processo de aprendizagem, na medida em que nos permitiu identificar os aspetos úteis a desenvolver e quais as áreas em que se pode investir e promover o aperfeiçoamento profissional, de forma a adquirir, desenvolver e aperfeiçoar as competências necessárias.

Estabelecemos os seguintes objetivos para o PAC:

- Adquirir, desenvolver e aperfeiçoar as Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, em Pessoa em Situação Crítica;

- Adquirir, desenvolver e aperfeiçoar as Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, em Pessoa em Situação Crónica e Paliativa.

O diagnóstico de situação, tendo por base as três Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica, é o seguinte:

- Cuida da pessoa a vivenciar processos de doença crítica e ou falência orgânica.
- Dinamiza a resposta a situações de catástrofe ou emergência multivítima, da concepção à ação.
- Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas.

Refletindo sobre a primeira competência – **Cuida da pessoa a vivenciar processos de doença crítica e ou falência orgânica** – consideramos que o desenvolvimento desta competência seria essencialmente em contexto prático, nomeadamente através da prestação direta de cuidados no BO devido à complexidade da situação de saúde da pessoa característica deste serviço. Por norma, são pessoas com um leque variado de idades, com inúmeras patologias associadas, e que, por motivo de urgência/emergência, internamento hospitalar ou cirurgia eletiva, tiveram um agravamento do seu estado de saúde que conduziu à falência orgânica ou multiorgânica e consequente situação crítica.

A dor perioperatória corresponde a *“dor presente num doente cirúrgico, de qualquer idade, e em regime de internamento ou ambulatório, causada por doença preexistente, devida à intervenção cirúrgica ou à conjugação de ambas”* (DGS, 2001, p. 27). Enquanto dor aguda, caracterizada pelo seu início recente e provável duração limitada, o seu controlo no período perioperatório tem como objetivo promover um maior conforto da pessoa, prevenir potenciais complicações, contribuir para uma alta precoce e para a humanização dos cuidados prestados (DGS, 2001).

No BO, a dor e a preocupação dos profissionais no seu controlo é uma constante, pelo que as intervenções desenvolvidas nesse sentido têm o propósito de a reduzir.

Assume-se como uma prioridade que, no período perioperatório, sobretudo no pós-operatório, as pessoas tenham acesso ao alívio da dor (*Idem*).

Segundo a DGS (2003), o controlo eficaz da dor é um dever dos profissionais de saúde, um direito das pessoas que dela padecem e um passo fundamental para a efetiva humanização das Unidades de Saúde.

O profissional de saúde deve quantificar a dor para um tratamento mais eficaz e, ao avaliar a dor, deve complementar com o conceito de bem estar da pessoa e com instrumentos de avaliação.

Da nossa análise, percebemos que a dor é valorizada pelos enfermeiros mas não é avaliada, não existindo nenhum instrumento de avaliação.

Constatamos também que o BO é um serviço em que a pessoa/família é confrontada com a necessidade de uma intervenção cirúrgica de urgência, e, por isso, precisam de ser apoiados e informados sobre a mesma.

Escutar as preocupações dos familiares mais próximos é fundamental pois, com alguma frequência, os cuidadores verbalizam medo do sofrimento que o seu familiar possa ter e do seu próprio sofrimento perante o processo de doença (PIMENTA, MOTA e CRUZ, 2006).

Por outro lado, assistir os familiares na gestão da sua angústia também faz parte das funções do enfermeiro, pois é fundamental que os profissionais de saúde apoiem e esclareçam os familiares, no sentido de reduzir sentimentos de angústia presentes face ao sofrimento do seu ente querido (*Idem*). Para que possam compreender e colaborar nas adaptações que todo o processo de doença implica, necessitam de ser informados sobre o mesmo (DGS, 2004).

Envolver os familiares nos cuidados possibilita-lhes ter algum controlo da situação e reduz sentimentos de impotência perante a mesma (SFAP, 2000). De acordo com o Artigo 5º da Lei n.º 106/2009, “(...) *os profissionais de saúde devem prestar ao acompanhante a conveniente informação e orientação para que este possa, se assim o entender, sob a supervisão daqueles, colaborar na prestação de cuidados à pessoa internada.*” (D.R., 2009, p. 6254).

O acompanhamento da família é essencial, devendo os profissionais de saúde estar despidos em relação às suas necessidades, de forma a responder às mesmas (MARTINS, 2006).

Em determinados momentos, os familiares também necessitam de ser cuidados, pois o facto de se encontrarem expostos ao processo de doença do seu ente querido provoca-lhes ansiedade e angústia (PIMENTA, MOTA e CRUZ, 2006).

Da nossa observação, percebemos que não existe comunicação entre os enfermeiros e a família, no período intraoperatório, em caso de cirurgias de urgência.

Progredindo para a segunda competência – **Dinamiza a resposta a situações de catástrofe ou emergência multivítima, da concepção à ação** – a existência de planos de emergência e catástrofe implementados, treinados e assimilados por todos os profissionais que estão direta ou indiretamente ligados com vítimas é de extrema importância e faz toda a diferença numa catástrofe.

O trabalho de equipa e uma boa articulação entre os vários profissionais e os vários serviços da instituição tornam-se fundamentais na garantia de uma resposta eficiente e eficaz em caso de emergência ou catástrofe.

A profissão de enfermagem tem obrigações éticas para com a sociedade e para com as pessoas. Segundo o parecer da OE em relação aos cuidados seguros, *“os enfermeiros têm o dever de excelência e, conseqüentemente, de assegurar cuidados em segurança e promover um ambiente seguro; a excelência é uma exigência ética, no direito ao melhor cuidado em que a confiança, a competência e a equidade se reforçam. Controlar os riscos que ameaçam a capacidade profissional promove a qualidade dos cuidados, o que corresponde a realizar plenamente a obrigação profissional.”* (OE, 2006, p. 5)

Juntamente com a responsável do Risco do BO foi feita uma auditoria interna sobre Risco e Segurança neste serviço, na qual se verificou que alguns profissionais ainda desconheciam o número de emergência interno e que outros verbalizaram algumas dúvidas quanto à evacuação de clientes no BO, numa emergência ou catástrofe.

A terceira competência – **Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas** – a OMS e, por sua vez, a DGS, têm tido um grande empenho na aplicação do Plano Nacional de Prevenção e Controlo de Infeção Associada aos Cuidados de Saúde, emanado em 2007.

Resumidamente, este plano altera conceitos como infeções nosocomiais para Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS), uma vez que estas são referentes a todas as unidades prestadoras de cuidados de saúde.

No BO, são tomadas medidas preventivas para o controlo de infeção. Sendo um serviço em direta relação com os serviços centrais de esterilização, e devido às técnicas invasivas que se praticam no BO, todos os assuntos relacionados com o controlo de infeção estão bem interiorizados pelos enfermeiros do serviço.

Após algumas conversas com a responsável do Controlo de Infeção do BO, constatamos que as assistentes operacionais têm tido uma grande rotatividade, o que faz com que atualmente exista um grande número de profissionais recém-chegadas, sem experiência em trabalhar num BO, o que dificulta em grande medida o funcionamento deste serviço.

O diagnóstico de situação, tendo por base as duas Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crónica e Paliativa, é o seguinte:

- **Cuida de pessoas com doença crónica, incapacitante e terminal, dos seus cuidadores e familiares, em todos os contextos de prática clínica, diminuindo o seu sofrimento, maximizando o seu bem estar, conforto e qualidade de vida.**
- **Estabelece relação terapêutica com pessoas com doença crónica incapacitante e terminal, com os seus cuidadores e familiares, de modo a facilitar o processo de adaptação às perdas sucessivas e à morte.**

O estágio no BO evidencia pouco o desenvolvimento destas competências específicas, porque, apesar de existir contacto com pessoas com doença crónica, incapacitante e terminal, que são submetidas a cirurgias, as intervenções desenvolvidas não têm por base um plano de cuidados, com uma visão holística da pessoa, incluindo familiares e cuidadores, numa relação terapêutica que visa a identificação de necessidades, a redução do sofrimento e a promoção da qualidade de vida.

Os Cuidados Paliativos centram-se na importância da dignidade da pessoa, ainda que doente, vulnerável e limitada, aceitando a morte como uma etapa natural da vida, pelo que pretendem ajudar os clientes terminais a viver tão ativamente quanto possível até à sua

morte (APCP, 2006).

A OMS definiu CP como a abordagem que visa melhorar a qualidade de vida dos clientes e das suas famílias, que enfrentam problemas decorrentes de uma doença incurável e ou grave e com prognóstico reservado, através da prevenção e do alívio do sofrimento, com recurso a identificação precoce e tratamento rigoroso dos problemas, não só físicos, como a dor, mas também psicossociais e espirituais. Por outro lado, a Ação Paliativa é tida como qualquer medida terapêutica, sem intuito curativo, que visa minorar as repercussões negativas da doença sobre o bem estar global do cliente (PNCP, 2010).

Num determinado ponto da trajetória da doença avançada e incurável, torna-se apropriado fazer a viragem do tipo de cuidados dirigidos ao suporte de vida para a maximização da qualidade de vida do tempo restante, pelo que o foco é frequentemente dirigido a uma intensiva gestão dos sintomas (POOR e POIRRIER, 2001).

As perdas na sua vasta diversidade representam uma ameaça real à integridade da pessoa doente, em áreas que vão do físico ao psicológico e espiritual, acentuando o seu sofrimento.

Medidas simples, como a comunicação sensível, são consideradas efetivas em aliviar o sofrimento (OMS, 2004). A comunicação representa uma medida terapêutica eficaz, enquanto componente essencial no cuidado ao outro, pois promove a redução do stress da pessoa doente consoante lhe possibilita partilhar o seu sofrimento (BRAGA, 2010).

Uma boa técnica de avaliação de sintomas inclui um ambiente apropriado, a existência de tempo suficiente, uma escuta atenta e a existência de treino (POOR e POIRRIER, 2001).

Dar a informação correta, consistente, relacionada ao diagnóstico e prognóstico, pode reduzir a ansiedade e capacitar o cliente para tomar decisões/escolhas baseadas na realidade (DOENGES, MOORHOUSE E GEISLER, 2003).

Medidas de cuidado psicológico pretendem ajudar o cliente e os seus familiares a expressarem pensamentos, sentimentos e preocupações relativos à sua doença, avaliando necessidades e recursos individuais, certificando-se de que o apoio emocional e psicológico será disponibilizado (BUCKLEY, 2008). *“Os doentes internados no final da vida ou que necessitem de cuidados paliativos, têm direito a ser acompanhados, se assim o desejarem, pelos seus familiares e/ou pessoa da sua escolha, assim como a condições ambientais condignas.”* (DGS, 1996).

A espiritualidade, dimensão a considerar nos cuidados, encontra-se associada ao conceito do bem estar espiritual, que reflete a qualidade da relação que a pessoa tem consigo própria, com os outros, com o ambiente e com algo que ultrapassa a mente humana. É uma dimensão muito importante, muitas vezes esquecida e negligenciada, porque não é fácil falar de situações problemáticas que são íntimas e reais. Para que tal aconteça, é necessária uma relação de proximidade, que só se consegue com tempo e disponibilidade da parte do profissional.

Doenças incuráveis relacionam-se com perdas importantes nas pessoas que vivenciam o processo de doença e nos seus familiares, causando-lhes sofrimento e processos de luto. Este, define-se como “(...) *uma reacção característica a uma perda significativa*” (BARBOSA, 2006, p. 380), que pode ser real ou simbólica. “*O luto é sempre penoso e doloroso*” (CHALIFOUR, 2009, p. 214).

Promover a adaptação da família ao processo de doença e internamento permite a adaptação de cada elemento da família à situação de perda (BARBOSA, 2006). É importante a família lidar com a possibilidade da perda e da separação antes da ocorrência da morte, tornando o processo de luto após a morte mais tranquilo (PIMENTA, MOTA e CRUZ, 2006).

Os profissionais de saúde devem ter a noção da importância do acompanhamento da pessoa doente pela respetiva família. Segundo o artigo 3º da Lei n.º 106/2009, referente ao acompanhamento familiar de pessoas com deficiência ou em situação de dependência, as pessoas que se encontram hospitalizadas, em fim de vida, têm o direito a estar permanentemente acompanhadas por um familiar (DR, 2009).

Apoiar a família no processo de doença do seu familiar é de extrema importância, porque este processo pode requerer uma reorganização da estrutura da família, assim como uma distribuição de papéis (PIMENTA, MOTA e CRUZ, 2006).

Escutar as preocupações dos familiares mais próximos também deve ser a nossa prática, pois, com alguma frequência, os cuidadores verbalizam medo do sofrimento que o seu familiar possa ter e do seu próprio sofrimento perante o processo de doença (*Idem*).

Assistir os familiares na gestão da sua angústia é fundamental, no sentido de reduzir sentimentos de angústia presentes face ao sofrimento do seu ente querido (*Ibidem*). Para que possam compreender e colaborar nas adaptações que todo o processo de doença implica, necessitam de ser apoiados e informados sobre o mesmo (DGS, 2004).

Envolver os familiares nos cuidados possibilita-lhes ter algum controlo da

situação e reduz sentimentos de impotência perante a mesma (SFAP, 2000). De acordo com o Artigo 5º da Lei n.º 106/2009, “(...) *os profissionais de saúde devem prestar ao acompanhante a conveniente informação e orientação para que este possa, se assim o entender, sob a supervisão daqueles, colaborar na prestação de cuidados à pessoa internada.*” (DR, 2009, p. 6254).

O cuidado à família é parte integrante dos cuidados prestados à pessoa em fim de vida (OLIVEIRA, 2006). O acompanhamento da família é essencial, devendo os profissionais de saúde estar despertos em relação às suas necessidades, por forma a responder às mesmas (MARTINS, 2006).

Face a uma perda, o processo de luto assume-se como necessário na adaptação da pessoa à situação, possibilitando que recupere o equilíbrio perdido (BARBOSA, 2006). Cada pessoa atribui um significado específico a cada perda, diferente de acordo com a fase da vida ou da doença em que se encontra (*Idem*).

As pessoas reagem de maneiras distintas ao luto. Estas reações dependem de um conjunto de aspetos, como a natureza da perda, experiências anteriores, a personalidade e valores de cada pessoa, entre outros (*Ibidem*). É essencial identificar precocemente aspetos que possam conduzir a situações de luto complicado, encaminhando as mesmas, no sentido de intervir em tempo útil se necessário (BARBOSA, 2006).

Uma comunicação aberta, clara e oportuna é necessária na prevenção de processos de luto patológico, assim como a escuta ativa e uma relação de confiança (*Idem*). É importante incentivar as interações entre os membros da família, de maneira a promover o apoio entre os mesmos (SFAP, 2000).

De seguida, apresentaremos o planeamento, onde esquematicamente colocamos as respostas aos problemas/necessidades apresentados no diagnóstico de situação.

3.2. PLANEAMENTO

O planeamento do PAC foi realizado de acordo com os dados obtidos no decorrer da fase de diagnóstico de situação. Baseia-se fundamentalmente na formação e na capacitação da equipa de enfermagem e assistentes operacionais do BO.

O planeamento foi direcionado para as Competências Específicas do Enfermeiro Especialista e construído no sentido de esquematizar as atividades e estratégias de intervenção, os recursos humanos, materiais e de tempo, bem como os indicadores de

avaliação dos objetivos estabelecidos, sendo complementado por um cronograma representativo do mesmo, que se encontra em apêndice (Apêndice 14).

Seguidamente, apresentamos a execução e avaliação do PAC, uma vez que o planeamento só tem sentido e pertinência se for implementado.

3.3. EXECUÇÃO, AVALIAÇÃO E DIVULGAÇÃO

Neste projeto, apresentamos a execução, a avaliação e a divulgação em conjunto e organizado pelas competências. De acordo com as Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica:

A primeira competência – **Cuida da pessoa a vivenciar processos de doença crítica e ou falência orgânica** –, no BO, tivemos a oportunidade de abordar a pessoa em situação crítica e/ou com falência orgânica ou multiorgânica, na sala de urgência do BO. Esta experiência permitiu-nos desenvolver capacidades que estão em linha de conta com os critérios de avaliação desta competência, nomeadamente na identificação de focos de instabilidade e na execução de cuidados técnicos de alta complexidade dirigidos à pessoa em situação crítica e ou falência orgânica.

Durante o estágio tivemos também a oportunidade de desenvolver e adquirir inúmeras competências tanto a nível científico como humano e técnico, devido à complexidade da situação de saúde, de urgência, da pessoa que dá entrada neste serviço. Por norma, são pessoas de um leque variado de idades, com inúmeras patologias associadas e que, por variados motivos, deparam-se com um agravamento do seu estado de saúde que conduz à falência orgânica ou multiorgânica e consequente situação crítica.

Relativamente à dor, não foi possível iniciar o registo da avaliação da dor na folha de registos de enfermagem porque, segundo a Dr.^a SR, foram criados protocolos de analgesia para o intra-operatório, de acordo com as cirurgias efetuadas, e que iam começar já a ser implementados, o que invalidava o registo da dor nesse período, e também porque os clientes são transferidos para a UCPA logo após o final da cirurgia e, sim, nesse serviço, são mandatórios a avaliação e o registo da dor. Foi solicitado à Dr.^a SR, responsável pelo grupo de trabalho que elabora esses protocolos, que apresentasse à equipa de enfermagem uma sessão de esclarecimento sobre os protocolos criados, de forma a todos terem conhecimento de quais os protocolos existentes e de quais os seus conteúdos, e, principalmente, que possibilitasse aos enfermeiros adquirir competências que promovam boas práticas na abordagem da dor, ficando sensibilizados para a importância da sua

utilização, de forma a estarem atentos para eventuais esquecimentos por parte do anestesista. A Dr.^a SR realizou essa sessão de esclarecimento e foi muito positiva, por todas as razões mencionadas e por ter conseguido expor a complexidade da dor aguda no período pós-operatório.

Pela observação, constatou-se que todos os enfermeiros estão despertos para esses protocolos, e que o mais importante e relevante é que o cliente, ao ser transferido para UCPA, apresenta-se muito menos queixoso.

A dor deve ser sempre considerada como uma experiência individual. Os protocolos analgésicos são fundamentais na prática diária de enfermagem, mas a individualidade de cada pessoa não pode ser esquecida e nem deve ser subvalorizada.

“Sempre que se preveja a ocorrência de dor ou a avaliação evidencie a sua presença, o enfermeiro tem o dever de agir na promoção de cuidados que a eliminem ou reduzam para níveis considerados aceitáveis pela pessoa.” (O.E., 2008, p. 17).

Num serviço em que a pessoa/família é confrontada com a necessidade de uma intervenção cirúrgica de urgência, tive a oportunidade de aplicar e praticar competências do foro da comunicação e da relação terapêutica, com a pessoa/família a vivenciar uma situação crítica. Estas vivências contribuíram para o meu crescimento no saber, no saber estar e no saber ser. Foi possível, para nós, enquanto estudantes, ter esta comunicação com a família porque, como no estágio não contamos como elemento, tínhamos disponibilidade de tempo para o fazer, o que não acontece com a equipa da sala, o que a impede de conseguir ter essa comunicação e que seja possível uma verdadeira relação terapêutica com a família, cujos elementos muitas vezes estão num sofrimento extremo e para os quais uma palavra da nossa parte faria toda a diferença. O desafio que colocaremos a um outro estudante que realize estágio no BO é que o seu PIS aborde esta problemática da informação/comunicação à família, no período intra-operatório.

Unidades Temáticas como Cuidados em Situação de Crise ao Cliente e Família, Cuidados ao Cliente com Falência Multiorgânica, Cuidados ao Cliente com Múltiplos Sintomas, Intervenções de Enfermagem ao Cliente com Dor, Supervisão de Cuidados, Seminário de Peritos, Espiritualidade e Cuidados e Enfermagem e Intervenções de Enfermagem a Clientes em Situação de Urgência, foram muito importantes para adoptar estratégias para assistir a pessoa/família que vivencia esta experiência, em que por vezes o resultado final envolve o processo da morte e do luto.

As aulas teórico-práticas de Suporte Avançado de Vida, durante dois dias, foram enriquecedoras e permitiram mobilizar e aprofundar conhecimentos já adquiridos num outro Curso de Suporte Avançado de Vida, que já tínhamos feito, proporcionando o desenvolvimento das nossas competências, na área da emergência.

Progredindo para a segunda competência – **Dinamiza a resposta a situações de catástrofe ou emergência multivítima, da concepção à ação** –, apresentamos uma sessão formativa com prática simulada de evacuação de clientes no BO, aos enfermeiros e assistentes operacionais, de forma a mobilizar conhecimentos acerca do Plano de Emergência Interno Hospitalar, no que respeita à evacuação de clientes, e que os profissionais reconheçam como atuar de acordo com o que está preconizado, a fim de se conseguir uma excelente resposta numa situação de catástrofe e, paralelamente, atingir uma melhoria contínua da qualidade de cuidados (Apêndice 15).

Durante a sessão, foi possível que os profissionais presentes identificassem os mecanismos de atuação em situação de catástrofe, tivessem a percepção geral do algoritmo de evacuação de clientes e realizassem, tendo em conta a sua função específica, uma correta evacuação de um cliente. Desta forma foi possível avaliar que os profissionais que participaram nesta sessão conseguiram mobilizar conhecimentos, porque, na prática simulada, logo a seguir à sessão, tiveram que demonstrar esses mesmos conhecimentos. Foi possível também, no final da sessão, proporcionar o esclarecimento de dúvidas.

No plano de integração que elaborámos, fizemos referência às normas de procedimento existentes na instituição/serviço, relacionadas com esta temática da Emergência/Catástrofe.

Para o desenvolvimento desta competência, assistimos a dois Congressos distintos, mas ambos com esta temática, em que as mesas sobre Intervenção em Situação Complexa: Cuidados Especializados – Situação de Catástrofe foi muito interessante, pois tivemos a possibilidade de ouvir vários profissionais peritos nesta área a apresentarem a sua experiência. De facto, o trabalho de equipa e uma boa articulação entre os vários profissionais tornam-se fundamentais na garantia de uma resposta eficiente e eficaz em caso de catástrofe.

Participámos numa formação teórico-prática sobre o Risco, no CHX, de forma a adquirir mais conhecimentos nesta área e fortalecer os já adquiridos.

Ainda em relação a esta competência, queremos fazer referência ao facto de que temos conhecimento do plano de emergência interno da Instituição onde exercemos

funções e na qual realizamos os estágios.

A Unidade Temática de Seminário de Peritos foi muito importante para adoptar estratégias para assistir a pessoa/família politraumatizada ou em situação de catástrofe.

As aulas teórico-práticas de Trauma, durante dois dias, foram muito interessantes e enriquecedoras, na medida em que, com a colaboração da Companhia de Bombeiros Sapadores de Setúbal, peritos nesta área, foi possível melhorar a capacidade de intervenção, as competências técnicas e atualizar os conhecimentos, de forma permanente e continuada, habilitando-nos a intervir da melhor maneira possível. Enquanto profissionais, podemos ser confrontados com situações de trauma, situações graves e que exigem uma atuação segura e tecnicamente adequada.

Os simulacros que tivemos a oportunidade de realizar permitiram que adquiríssemos novas competências, na área da emergência multivítima e catástrofe, habilitando-nos a uma atuação de teor avançado que poderá fazer toda a diferença na vida daqueles que diariamente cuidamos.

Os cenários complexos e hostis que vivenciamos garantiram uma assistência tecnicamente qualificada, sempre com um elevado respeito e consideração pela vida humana, a todos aqueles que possam eventualmente necessitar do nosso saber e das nossas competências. Por isso, e por essa responsabilidade acrescida, aproveitamos cada dia como uma oportunidade única e irrepetível para aprendermos, para melhorarmos.

Chegamos assim à terceira competência – **Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas.** Ao longo do estágio, procuramos estar atualizadas sobre as medidas preventivas do controlo de infeção e procuramos também transmitir informação recente aos elementos da equipa multidisciplinar, sejam novas *guide lines* ou medidas a aplicar nos serviços, em prol do bem estar e da segurança da pessoa, como também dos profissionais.

Realizámos três ações de formação sobre: Fardamento no BO; Utilização de Equipamento de Proteção Individual; e Higienização das Mãos, com o objetivo de promover boas práticas no BO (Apêndice 16). Estas mesmas ações foram avaliadas com um instrumento de avaliação, construído por nós (Apêndice 17), que demonstrou, depois de ser analisado, que 100% das assistentes operacionais que assistiram à formação tiveram todas as respostas certas, pelo que ficou notório que a formação foi perceptível e compreendida pelos seus destinatários.

Foi entregue a cada assistente operacional do serviço um folheto informativo, elaborado pela OMS e distribuído pela CCI, o que permitiu divulgar o documento e maximizar a intervenção na prevenção e controlo de infeção.

Paralelamente, criámos uma lista com os nomes das assistentes operacionais que estão interessadas em fazer uma formação institucional, de dois dias, com temas importantes para a prática diária do BO, e a qual encaminhei para a chefia do serviço e para a responsável das assistentes operacionais, que prontamente me respondeu que no próximo horário já seria possível alguns elementos assistirem a essas formações.

No plano de integração que elaborámos, fizemos referência às normas de procedimento existentes na instituição/serviço, relacionadas com esta temática do Controlo de Infeção.

Para o desenvolvimento desta competência, assistimos a dois Congressos, com mesas sobre Intervenção em Situação Complexa: Cuidados Especializados – Controlo de Infeção. Entre os temas apresentados e discutidos destacam-se: novas estratégias no controlo de infeção, a importância da CCI, o controlo de infeção e a resistência aos antimicrobianos e um projeto inovador de uma via verde de sépsis num serviço de urgência. Todas estas temáticas foram bastante interessantes e relevantes para a prática dos cuidados de enfermagem nos serviços onde desempenhamos funções. Participámos também numa formação sobre Controlo de Infeção no CHX, de forma a adquirir mais conhecimentos nesta área e solidificar os já adquiridos.

A Unidade Temática de Prevenção e Controlo das Infeções Adquiridas nos Cuidados de Saúde foi enriquecedora para adoptar estratégias de prevenção da infeção, contribuindo para a compreensão do funcionamento da CCI e qual o papel do enfermeiro especialista neste âmbito.

Relativamente às Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em **Pessoa em Situação Crónica e Paliativa**, estas, como já foi referido, não foram desenvolvidas em estágio, tendo sido feita uma reflexão sobre esta temática no diagnóstico de situação, tendo por base uma formação sobre Dignidade em Fim de Vida e um Curso Básico de Cuidados Paliativos que fizemos e que foram ótimas experiências para adquirirmos conhecimentos e desenvolver competências nesta área. Encontramo-nos mais conscientes e mais sensíveis para a necessidade de reconhecer a dignidade da pessoa em fim de vida, respeitar os seus direitos e a sua vontade, dentro do alvo desejável da excelência na profissão de Enfermagem.

Os trabalhos de Supervisão de Cuidados e Cuidados ao Cliente em Fim de Vida, Espiritualidade e Cuidados de Enfermagem, também nos possibilitaram a reflexão sobre os casos apresentados, com todos os problemas identificados, formulação de diagnósticos e intervenções desenvolvidas, devidamente fundamentadas, no sentido de lhes dar resposta. Os planos de cuidados realizados, numa abordagem paliativa, coloca o cliente no centro, como principal foco. Os familiares são, por sua vez, integrados nos cuidados, enquanto objeto dos mesmos e cuidadores informais.

Uma vez que ambos os trabalhos realizados nos remetem para a doença crónica e paliativa, faz todo o sentido referir as Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crónica e Paliativa, na medida em que as intervenções desenvolvidas dão resposta às mesmas, numa avaliação holística da pessoa, incluindo familiares e cuidadores, numa relação terapêutica que visa a identificação de necessidades, redução do sofrimento e promoção da qualidade de vida (O.E., 2011b).

A divulgação deste projeto será este relatório que, após ser aprovado, será publicado no Repositório Comum e Bibliotecas.

No próximo capítulo, faremos a análise das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, as Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica e em Pessoa em Situação Crónica e Paliativa, e as Competências de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

4. ANÁLISE DAS COMPETÊNCIAS

Neste capítulo, apresentamos uma reflexão e uma análise sobre as competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista e Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica desenvolvidas durante o CMEMC, explanando os contributos das aprendizagens através dos estágios realizados, dos projetos desenvolvidos, dos trabalhos académicos efetuados e dos aportes adquiridos das diferentes UC e UT do plano de estudo deste curso.

A competência *“refere um nível de desempenho profissional demonstrador de uma aplicação efetiva do conhecimento e das capacidades, incluindo ajuizar”* (OE, 2003, p. 16).

É importante referir que a Teoria das Transições de Meleis, por nós escolhida e que se tornou o fio condutor de todo o nosso trabalho, apresenta uma base conceptual orientada para a prática terapêutica em enfermagem. Ela parte da necessidade de uma profunda compreensão da importância da identificação e da consideração das características e da personalidade da pessoa/família, bem como do seu ambiente e circunstâncias, na análise ao processo de transição que enfrenta. Esta perspetiva holística e multidisciplinar de Meleis é única e valiosa para o desempenho de excelência da enfermagem. É com base neste princípio que prestamos os nossos cuidados especializados e que analisamos todas as competências desenvolvidas e adquiridas, neste capítulo.

Competências dirigidas para o autorreconhecimento, a autonomia, o processo de tomada de decisão, a ética, a investigação e a evidência, proporcionando ao enfermeiro especialista uma maior intervenção e proatividade, foram sendo conseguidas ao longo deste Curso, construindo em nós uma maior maturidade, a nível profissional e pessoal.

A par do desenvolvimento pessoal e profissional, consideramos que contribuímos para a resolução de um problema real, sentido tanto por nós como por toda a equipa de enfermagem, o que lhe conferiu maior importância e premência, no que respeita à necessidade de resolução e que constituiu uma dupla satisfação.

Começamos esta análise pela competências comuns do enfermeiro especialista.

4.1. COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

Especialista é o enfermeiro com um conhecimento alargado num determinado domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que traduzam níveis elevados de julgamento clínico e tomada e decisão, demonstrando um conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção (OE, 2010a).

“Seja qual for a área de especialidade, todos os enfermeiros especialistas partilham de um grupo de domínios, consideradas competências comuns – a actuação do enfermeiro especialista inclui competências aplicáveis em ambientes de cuidados de saúde primários, secundários e terciários, em todos os contextos de prestação de cuidados de saúde.” (Idem).

São quatro os domínios de competências comuns: Responsabilidade Profissional, Ética e Legal; Melhoria Contínua da Qualidade; Gestão dos Cuidados; e Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais.

No domínio da **Responsabilidade Profissional, Ética e Legal**, as competências são: *“Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção; Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.”* (OE, 2010a, p. 3).

Relativamente à primeira competência, *desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção*, foi possível desenvolvê-la através das aprendizagens adquiridas durante os estágios realizados e através do PIS e do PAC, assim como os aportes das diferentes UC e UT do plano de estudos, destacando o trabalho de Supervisão de Cuidados: este trabalho teve o duplo objetivo de (1) aplicar o raciocínio crítico e a análise reflexiva sobre a nossa prática em casos de cuidados de enfermagem complexos, nos quais a tomada de decisão que regula a ação deve ser fundamentada; e (2) integrar nessa mesma prática a ética e a deontologia profissional, o conhecimento científico e o enquadramento conceptual dos cuidados.

Na construção de um projeto, onde profissionais e instituições estão envolvidos, existem princípios éticos no respeito pela dignidade humana, que não podem ser esquecidos nem negligenciados: respeito pelo consentimento livre e esclarecido; o respeito pelos grupos vulneráveis; o respeito pela vida privada e pela confidencialidade das informações pessoais; o respeito pela justiça e pela equidade; o equilíbrio entre vantagens e inconvenientes; a redução dos inconvenientes e a otimização das vantagens (FORTIN,

2009). No PIS e no PAC, foi sempre demonstrada uma prática com respeito a estes princípios.

Fortalecemos conhecimentos no domínio ético-deontológico, demonstrado pela utilização permanente de bases de suporte, no exercício profissional, como o Código Deontológico e o REPE; o módulo Questões Éticas Emergentes em Cuidados Complexos permitiu desenvolver a avaliação sistemática das melhores práticas e nas preferências do cliente e, com a UC Filosofia, Bioética e Direito em Enfermagem, usufruímos da oportunidade de alargar os conhecimentos às áreas da Epistemologia, do Direito em Enfermagem e da Ética em Enfermagem e em Investigação.

Em relação à segunda competência, *promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais*, ficou demonstrada essencialmente no PIS, onde a criação e a implementação de um programa de integração de novos enfermeiros previne de forma apropriada as práticas de cuidados que podem comprometer a segurança, a privacidade ou a dignidade do cliente, promovendo a proteção dos direitos humanos.

No domínio da **Melhoria Contínua da Qualidade**, as competências são: *“Desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área de governação clínica; Concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade; Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro”* (OE, 2010a, p. 3).

Em relação à primeira competência, *Desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área de governação clínica*, as aprendizagens desenvolvidas durante os estágios realizados e através dos projetos concretizados, PIS e PAC, permitem-nos demonstrar na prática clínica a colaboração na conceção e concretização de projetos institucionais na área da qualidade e a realização da disseminação necessária à sua apropriação até ao nível operacional.

Salientamos o programa da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica da OMS de 2009, ferramenta do programa da *World Alliance for Patient Safety* da OMS a que Portugal aderiu em 15 de Dezembro de 2009 com o nome de *“Cirurgia Segura, Salva Vidas”*, em cuja aplicação colaborámos ao longo do estágio. Esta Lista de Verificação consiste numa verificação de itens e questões realizada em três fases fulcrais do ato cirúrgico: antes da indução anestésica, antes da incisão na pele da pessoa e antes desta sair da sala operatória. Envolve itens como verificação de: identidade da pessoa, local

cirúrgico, intervenção proposta, consentimento cirúrgico livre e esclarecido assinado, conhecimento de alergias, de passos críticos da cirurgia, perdas sanguíneas previstas, contagem de materiais e compressas, esterilidade do material, funcionalidade dos equipamentos e riscos pós cirúrgicos. As questões sobre estes itens de verificação são realizadas na presença de toda a equipa cirúrgica, enfermeiros, cirurgiões e anestesista.

Este é um programa que não apresenta dúvidas quanto à sua importância e relevância para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados à pessoa, despertando assim o nosso interesse em manter este projeto no BO e motivar os restantes enfermeiros para a continuidade da sua aplicação.

A segunda competência, *concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade*, e a terceira competência, *cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro*, estão implicitamente desenvolvidas no PIS, uma vez que o programa de integração criado e implementado promove a melhoria contínua da qualidade e da segurança das integrações dos novos enfermeiros no BO.

O CMEMC foi enriquecedor para o desenvolvimento de conhecimentos na área das ferramentas de diagnóstico de situações/problemas que utilizámos na elaboração do PIS e do PIO realizado para a UC de Gestão de Processos e Recursos, que permitiu sedimentar uma ideia de intervenção organizacional inovadora e empreendedora, apelando à participação dos líderes das equipas envolvidas, tendo como finalidade a promoção da melhoria da qualidade dos cuidados de saúde e de enfermagem.

Salientamos também os conteúdos adquiridos na UT de Estratégias de Melhoria Contínua da Qualidade, como as ferramentas *SWOT* e *FMEA* e as diferentes vertentes que a Qualidade na Saúde deve abranger, definidas pela OMS, tais como: Elevado grau de excelência profissional dos técnicos de saúde; Eficiência na utilização dos recursos; Minimização do risco para os clientes; Satisfação dos utilizadores/clientes dos serviços; Melhoria dos indicadores de saúde. Tentámos regular o exercício profissional com estas cinco vertentes para a qualidade na saúde, demonstrando elevado grau de excelência de desempenho profissional com eficácia na utilização dos recursos existentes, minimizando sempre os riscos e incrementando a satisfação do cliente, procurando valores de excelência nos indicadores de saúde.

Gostaríamos de destacar os Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica, com as sete categorias de enunciados descritivos, que nortearam e referenciaram a nossa prática nos estágios realizados:

satisfação do cliente, promoção da saúde, prevenção de complicações, bem estar e autocuidado, readaptação funcional, organização dos cuidados e prevenção e controlo da infecção associada aos cuidados. Temos a intenção de manter estes padrões, como espelho do nosso desempenho profissional como enfermeira especialista, associada a uma procura dos níveis dos melhores resultados que expectáveis nos cuidados de enfermagem especializados envolvendo as sete categorias de enunciados descritivos.

Encontramo-nos assim com capacidade de afirmar que sentimos que alcançámos os critérios de avaliação das unidades de competência deste domínio, cientes de que a melhoria de padrões de qualidade é contínua, tal como o nosso aperfeiçoamento nas unidades de competência referidas.

No domínio da **Gestão de Cuidados**, as competências são: “*Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional; Adapta a liderança e a gestão de recursos às situações e ao contexto visando a optimização da qualidade dos cuidados*” (OE, 2010a, p. 4).

A primeira competência, *Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional*, e a segunda competência, *Adapta a liderança e a gestão de recursos às situações e ao contexto visando a optimização da qualidade dos cuidados*, foram desenvolvidas durante os estágios realizados e os projetos concretizados, em que o PIS contribuiu decisivamente, uma vez que o programa de integração criado e implementado no BO implica uma otimização do processo de cuidados, bem como uma orientação supervisionada das tarefas delegadas, garantindo sempre a segurança e a qualidade. A gestão de recursos é determinante para o sucesso de um projeto e consideramos que, no PIS, essa gestão de recursos foi evidente e eficaz.

No nosso percurso profissional temos, há dez anos, a responsabilidade pela área de Urologia no BO e sentimos a tarefa facilitada, no sentido de detetar rápida e eficazmente problemas potenciais e aplicar estratégias de motivação da equipa para conduzir a um desempenho diferenciado.

No CMEMC adquirimos conhecimentos e enriquecemos os que já possuíamos, em áreas como a liderança, clima organizacional, gestão de conflitos, entre outras, em Unidades Temáticas como Psicossociologia das Organizações, Liderança de Equipas, Gestão dos Cuidados de Enfermagem.

Com a análise de um Incidente Crítico Organizacional na Unidade Curricular de Ambientes em Saúde tivemos a oportunidade de aprofundar saberes na área das relações humanas, desenvolvendo capacidades de implementar estratégias na gestão de equipas, na orientação do serviço, na instrução e orientação de elementos da equipa.

O PIO desenvolvido contribuiu para o desenvolvimento de competências, no âmbito da gestão de processos e recursos, nomeadamente com a proposta de um projeto que cremos inovador e potenciador de desenvolvimento da própria instituição/serviço/equipa. Também a utilização de ferramentas de gestão que sustentam a proposta apresentada, designadamente a análise *SWOT* e a análise *FMEA*, promoveram esse desenvolvimento.

O trabalho realizado no módulo de Supervisão de Cuidados também facilitou o desenvolvimento desta competência, porque, em casos de cuidados de enfermagem complexos, como o que foi apresentado nesse trabalho, um processo como o da supervisão de cuidados torna-se uma ferramenta essencial de gestão de cuidados, que permite a reflexão sobre as práticas profissionais e a sua respetiva monitorização.

Consideramos que, neste Curso, os aportes teóricos sobre este domínio foram fulcrais para melhorar o desempenho na orientação e supervisão do desenvolvimento das tarefas delegadas, tal como na optimização das nossas tomadas de decisão no processo de cuidados. Permitiram também desenvolver capacidades para optimizar o trabalho da equipa, adequando os recursos às necessidades, e este forneceu-nos conhecimentos para promover uma liderança proactiva e assertiva.

Apesar de nos sentirmos ainda com um longo percurso para percorrer nesta área, julgamos denotar que já constituímos as bases para um percurso mais sólido e suportado pelos conhecimentos provenientes deste Curso.

No domínio do **Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais**, as competências são: “*Desenvolve auto-conhecimento e a assertividade; Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos padrões de conhecimento*” (OE, 2010a, p. 4).

A primeira competência, *Desenvolve autoconhecimento e a assertividade*, é desenvolvida essencialmente em contexto do exercício profissional, uma vez que a consciência de si, bem como a gestão das respostas dadas, são realizadas e desenvolvidas na prática.

A segunda competência, *Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos padrões de conhecimento*, é desenvolvida tanto em contexto do exercício profissional,

como no PIS, ambos com processos de tomada de decisão e intervenções assentes em padrões de conhecimento válidos, atuais e pertinentes.

Outra forma de evidenciar o interesse neste domínio é a frequência no CMEMC, onde procurámos adquirir conhecimentos científicos, éticos, de gestão e relacionais, com o objetivo de melhorar o desempenho da nossa prática de enfermagem.

Gostaríamos também de realçar a importância dos projetos que abraçámos durante o Curso, como a elaboração de um poster subordinado ao tema “Terapia de Feridas por Pressão Negativa na Cirurgia Plástica e Reconstructiva”, apresentado no Congresso de Enfermagem Perioperatória da Prática à Evidência na ESS do IPS, com o objetivo de dar a conhecer esta Terapia e demonstrar a eficácia da mesma no pós-operatório de variadas cirurgias (Apêndice 18). Integramos a Comissão Organizadora do Encontro de Enfermagem Médico-Cirúrgica na ESS do IPS, onde também elaborámos um poster sobre a temática: “Integração de Enfermeiros no Bloco Operatório”, com o objetivo de divulgar a etapa do diagnóstico de situação do PIS e simultaneamente desenvolver uma das competências de mestre em enfermagem médico-cirúrgica, a divulgação dos trabalhos efetuados e desenvolvidos.

Outra forma de evidenciar o interesse neste domínio é a frequência no CMEMC, onde procurámos adquirir conhecimentos científicos, éticos, de gestão e relacionais, com o objetivo de melhorar o desempenho da nossa prática de enfermagem.

Particularizando os projetos concretizados e o seu contributo para o desenvolvimento global das competências comuns do Enfermeiro Especialista, destacamos a importância do PIS para o desenvolvimento destas no âmbito de todos os seus domínios.

Continuamos a nossa análise relativamente ao desenvolvimento das competências específicas.

4.2. ESPECÍFICAS DO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA

Tal como procedemos ao longo deste relatório, a análise das duas áreas de especialização que integram a Enfermagem Médico-Cirúrgica serão abordadas separadamente.

4.2.1. Pessoa Em Situação Crítica

Os cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica são “*cuidados altamente qualificados prestados de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato, como resposta às necessidades afetadas e permitindo manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total. Exigem observação, colheita e procura contínua, de forma sistêmica e sistematizada de dados, com os objetivos de conhecer continuamente a situação da pessoa alvo de cuidados, de prever e detetar precocemente as complicações, de assegurar uma intervenção precisa, concreta, eficiente e em tempo útil. Cuidar da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica é uma competência das competências clínicas especializadas – considerando-se igualmente a resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítima, da conceção à ação, bem como a maximização da intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação*” (OE, 2010b, p. 10).

A primeira competência Específica do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica é **Cuida da pessoa a vivenciar processos de doença crítica e ou falência orgânica**. Para clarificar esta competência, foram definidas unidades de competência que são (OE, 2010b, p. 3):

K.1.1. Presta cuidados à pessoa em situação emergente e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica;

K.1.2. Gere a administração de protocolos terapêuticos complexos;

K.1.3. Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da pessoa em situação crítica e ou falência orgânica, otimizando as respostas;

K.1.4. Assiste a pessoa e família nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde/doença e ou falência orgânica;

K.1.5. Gere a comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica com a pessoa/família face à situação de alta complexidade do seu estado de saúde;

K.1.6. Gere o estabelecimento da relação terapêutica perante a pessoa/família em situação crítica e ou falência orgânica.

Durante os estágios foi possível desenvolver esta competência, uma vez que o BO é um serviço onde se prestam cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica, através da identificação e da resposta pronta e antecipatória a focos de instabilidade, da execução de

cuidados técnicos de alta complexidade dirigidos à pessoa a vivenciar processos de saúde/doença crítica e/ou falência orgânica e da demonstração de conhecimentos e competências em suporte avançado de vida (OE, 2010b).

Foi possível prestar cuidados à pessoa em situação emergente, detetando os focos possíveis de instabilidade, gerir o plano terapêutico em função das complicações, avaliar e gerir a dor de forma a garantir o bem estar da pessoa e família, assistir a pessoa e família a gerir a situação de crise, mantendo uma relação terapêutica através da comunicação interpessoal.

O PIS contribuiu também para o desenvolvimento desta competência, na medida em que um programa de integração implementado no BO promove a qualidade dos cuidados prestados à pessoa emergente, na gestão de administração de protocolos terapêuticos, na gestão da dor e bem estar da pessoa e na relação terapêutica com a família.

Unidades Temáticas, como Cuidados em Situação de Crise ao Cliente e Família, em que adquirimos conhecimentos sobre como lidar com a crise de uma forma globalizante e integrada, à pessoa e família; Cuidados ao Cliente com Falência Multiorgânica, em que foram abordados conhecimentos sobre o comportamento anatomofisiológico do corpo humano e sobre a fisiopatologia das principais situações que levam à falência multiorgânica, com especial ênfase nos focos de instabilidade; Cuidados ao Cliente com Múltiplos Sintomas e Intervenções de Enfermagem ao Cliente com Dor, dando ênfase a conhecimentos sobre a dor, o que é, como se manifesta e formas de lidar com a mesma; Supervisão de Cuidados, em que desenvolvemos um trabalho de análise e reflexão sobre a prática de enfermagem em situação complexa, onde demonstramos a intervenção do enfermeiro especialista; Seminário de Peritos, em que três peritos apresentaram temáticas, das quais se destacam nesta competência a Abordagem ao Politraumatizado e a Colheita de Órgãos; e Espiritualidade e Cuidados de Enfermagem, em que adquirimos estratégias para assistir a pessoa/família que vivencia experiências de crise, em que, por vezes, o resultado final envolve o processo de morte e de luto. Esta é uma área com a qual admitimos alguma dificuldade em lidar, mas, com os aportes e com as experiências partilhadas em contexto de aula, podemos afirmar já nos sentir mais confiantes e preparadas para enfrentar essas dificuldades.

Gostaríamos de salientar o módulo Intervenções de Enfermagem a Clientes em Situação de Urgência, por termos tido dois dias intensos mas ricos em aprendizagem, que consistiu no Curso de Suporte Avançado de Vida, com a intenção de desenvolver as nossas

competências na área da emergência.

O contributo dos aportes das diferentes UT do plano de estudos, referenciadas anteriormente, permitiram a mobilização de conhecimentos e competências múltiplas para responder, em tempo útil e de forma holística, a situações de complexidade de doença crítica e/ou falência orgânica, da pessoa e sua família.

Frequentámos o 1º Encontro Internacional de Urgência e Emergência, o qual contribuiu em grande medida para o desenvolvimento desta competência. A natureza da profissão de Enfermagem e as características do seu exercício fazem com que se deva privilegiar a formação como forma de manter atualizados e aprofundar os conhecimentos adquiridos.

A experiência que adquirimos no BO, durante estes últimos 15 anos, na abordagem a pessoas em situação crítica e/ou com falência orgânica ou multiorgânica, permitiu-nos desenvolver capacidades que estão em linha com os critérios de avaliação desta competência, nomeadamente na identificação pronta de focos de instabilidade, capacidade de resposta de forma pronta e antecipatória a focos de instabilidade e a execução de cuidados técnicos de alta complexidade dirigidos à pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica.

A segunda competência Específica do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica é **Dinamiza a resposta a situações de catástrofe ou emergência multivítima, da concepção à ação**. Para clarificar esta competência, foram definidas unidades de competência que são (OE, 2010b, p. 4):

K.2.1. Concebe, em articulação com o nível estratégico, os planos de catástrofe ou emergência;

K.2.2. Planeia a resposta concreta ante as pessoas em situação de emergência multi-vítima ou catástrofe;

K.2.3. Gere os cuidados em situações de Emergência e ou Catástrofe.

Em resultado das aprendizagens desenvolvidas durante os estágios realizados e o PAC concretizado, assim como com o contributo dos aportes teóricos e práticos, intervimos na conceção de planos institucionais e na liderança da resposta a situações de catástrofe e multivítima, e gerimos equipas, de forma sistematizada, no sentido da eficácia e eficiência

da resposta pronta, perante a complexidade decorrente da existência de múltiplas vítimas em simultâneo em situação crítica e/ou risco de falência orgânica.

Em concreto, no PAC, o planeamento de resposta perante pessoas em situação de emergência multivítima e catástrofe foi evidenciado através da auditoria interna sobre Risco e Segurança realizada aos profissionais do BO e a sessão de formação, com prática simulada, sobre evacuação de clientes no BO, em que foi possível a demonstração de conhecimentos sobre os planos e os princípios de atuação em situações de catástrofe, da identificação dos vários tipos de catástrofe e as implicações para a saúde, e atribuição de graus de urgência e decisão na sequência de atuação, da sistematização das ações a desenvolver em situação de catástrofe ou emergência e liderança na atribuição e desenvolvimento dos papéis dos membros da equipa e na avaliação contínua da articulação e eficácia da equipa (OE, 2010b).

No PIS, os planos de catástrofe ou emergência institucionais e os específicos do BO foram incluídos no programa de integração, de forma a garantir que os novos enfermeiros tenham conhecimento dos mesmos.

Tivemos a oportunidade de realizar formação na área da Emergência e Catástrofe, mais concretamente no combate a incêndios, como também na participação em simulacros de evacuação, onde tivemos a possibilidade de ouvir vários profissionais peritos nesta área a apresentarem a sua experiência. De facto, o trabalho de equipa e uma boa articulação entre os vários profissionais tornam-se fundamentais na garantia de uma resposta eficiente e eficaz em caso de emergência e catástrofe.

De referir que, no CMEMC, tivemos um módulo que contribuiu diretamente para o desenvolvimento destas competências, Seminário de Peritos, em que vários peritos apresentaram temáticas, das quais se destacam, nesta competência, a Catástrofe e a Abordagem ao Politraumatizado. Entre aulas teóricas e práticas foi apresentada como deve ser estruturada a resposta a uma situação de catástrofe e emergência multivítima; como as instituições se devem preparar para essas situações; e a abordagem prática de todos os aspetos a ter em conta quando se presta socorro a um politraumatizado, frequente em situações de catástrofe e emergência multivítima.

Ainda em relação a esta área queremos fazer referência a que temos conhecimento do plano de emergência interno do hospital onde atualmente exercemos funções e quais os passos a tomar nessa contingência.

A terceira competência Específica do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica é **Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas.** Para clarificar esta competência, foram definidas unidades de competência que são (OE, 2010b, p. 4):

K.3.1. Concebe um plano de prevenção e controlo da infeção para resposta às necessidades do contexto de cuidados à pessoa em situação crítica e ou falência orgânica;

K.3.2. Lidera o desenvolvimento de procedimentos de controlo de infeção, de acordo com as normas de prevenção, designadamente das Infecções Associadas à Prestação de Cuidados de Saúde à pessoa em situação crítica e ou falência orgânica.

No final dos estágios realizados podemos constatar o desenvolvimento desta competência específica, evidenciando uma resposta eficaz na prevenção e controlo de infeção, considerando o risco de infeção face aos múltiplos contextos de atuação, à complexidade das situações e à diferenciação dos cuidados exigidos pela necessidade de recurso a múltiplas medidas invasivas, de diagnóstico e terapêutica, para a manutenção de vida da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica (OE, 2010b).

No PIS, o programa de integração criado e implementado faz referência às normas de procedimento existentes na instituição/serviço, relacionadas com esta temática do Controlo de Infeção, o que contribui para o desenvolvimento desta competência.

Concretamente, o PAC contribuiu de forma decisiva para a aquisição de conhecimentos e aptidões nesta competência, liderando o desenvolvimento de procedimentos de controlo de infeção, de acordo com as normas de prevenção, designadamente das IACS à pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, evidenciada pela demonstração de conhecimentos das boas práticas no BO, que nos permitiram ser referência para a equipa que cuida da pessoa em situação crítica, e, de uma forma efetiva, às assistentes operacionais, às quais apresentamos um conjunto de formações teórico-práticas sobre a área da prevenção e controlo de infeção.

Relativamente à conceção de planos de prevenção e controlo de infeção para dar resposta às necessidades do contexto de cuidados à pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, relevámos a demonstração de conhecimentos do PNCI e das diretivas das CCI, que evidenciámos no enquadramento deste relatório e o diagnóstico das necessidades do

serviço em matéria de prevenção e controlo de infeção, em colaboração com o elemento dinamizador desta área no serviço.

De referir que o contributo da UT Prevenção e Controlo das Infeções Adquiridas nos Cuidados de Saúde foi essencial no desenvolvimento desta competência no BO, pois a prevenção da infeção é de extrema importância e está diretamente relacionado com o ambiente cirúrgico.

Tivemos a oportunidade de realizar formação na área da Prevenção e Controlo de Infeção, em que os temas explanados, tais como novas estratégias no controlo de infeção, a importância da CCI, o controlo de infeção e a resistência aos antimicrobianos, foram relevantes para o desenvolvimento desta competência e, por sua vez, para a prática dos cuidados de enfermagem no serviço onde desempenhamos funções.

Na nossa prática, interiorizámos conceitos e princípios, de evidência científica, que promovem a importância de medidas de controlo de infeção nas práticas realizadas à pessoa em situação crítica. Esta encontra-se numa situação mais vulnerável para desencadear uma IACS devido ao seu estado de saúde; logo, as medidas a tomar terão que ser executadas com todo o rigor inerente às medidas de prevenção de infeções.

4.2.2. Pessoa Em Situação Crónica e Paliativa

Na situação da pessoa que vivencia a doença crónica, incapacitante e terminal evidencia-se o papel do enfermeiro especialista em pessoa em situação crónica e paliativa, que, de acordo com a OE (2011b), emanado pelo Colégio da Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica, na sua proposta de projeto de regulamento das competências deste enfermeiro especialista, toma por foco de intervenção a pessoa com doença crónica, incapacitante e terminal, ao longo do ciclo de vida, sendo o seu eixo organizador dirigido aos projetos de saúde da pessoa com doença crónica, incapacitante e terminal, bem como aos cuidadores, à sua família e ao seu grupo social de pertença, preservando a sua dignidade, maximizando a sua qualidade de vida e diminuindo o sofrimento, sempre em colaboração com a restante equipa interdisciplinar.

As duas Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crónica e Paliativa são (OE, 2011b):

- **Cuida de pessoas com doença crónica, incapacitante e terminal, dos seus cuidadores e familiares, em todos os contextos de prática clínica,**

diminuindo o seu sofrimento, maximizando o seu bem estar, conforto e qualidade de vida;

- **Estabelece relação terapêutica com pessoas com doença crónica incapacitante e terminal, com os seus cuidadores e familiares, de modo a facilitar o processo de adaptação às perdas sucessivas e à morte.**

Tal como já foi referido neste relatório, o serviço onde realizámos os estágios e concretizámos todos os projetos evidencia pouco o desenvolvimento destas competências específicas porque, apesar de termos contacto com pessoas com doença crónica, incapacitante e terminal, que são submetidas a cirurgias, as intervenções desenvolvidas não têm por base um plano de cuidados, com uma visão holística da pessoa, incluindo familiares e cuidadores, numa relação terapêutica que visa a identificação de necessidades, a redução do sofrimento e a promoção da qualidade de vida.

Para colmatar esta situação, inicialmente fizemos uma formação sobre dignidade em fim de vida, em que foram abordados os temas: a esperança de uma morte digna, a dignidade em fim de vida e questões éticas da pessoa em fim de vida. Foi uma formação muito enriquecedora, mas sentimos a necessidade de desenvolver mais esta área, e, por isso, frequentámos um Curso Básico de Cuidados Paliativos, dado pela APCP, que demonstrou ser uma ótima experiência para adquirir e aprofundar conhecimentos e desenvolver competências nesta área.

De referir também os contributos dos módulos Cuidados ao Cliente em Fim de Vida e Espiritualidade e Cuidados de Enfermagem, que foram relevantes e marcantes para o interesse e entusiasmo sentidos por esta área, que, no início do curso, não tínhamos. Como forma de avaliação destes módulos foi elaborado um plano de cuidados para um cliente em fim de vida. Esse plano realizado remeteu-nos para as cinco etapas do processo de enfermagem: o histórico, a identificação dos problemas, o planeamento das intervenções a desenvolver, a implementação das mesmas e respetiva avaliação (DOENGES, MOORHOUSE e GEISSLER, 2003). Os diagnósticos e as intervenções foram planeados de acordo com a CIPE 1.0. Este trabalho foi mais um contributo para o desenvolvimento destas competências, uma vez que os conhecimentos adquiridos nestes módulos permitiram-nos elaborar um fundamentado plano de cuidados de enfermagem, com vista à preservação da dignidade, à maximização da qualidade de vida e à diminuição do sofrimento da pessoa.

A temática do trabalho de Supervisão de Cuidados foi escolhida propositadamente na área dos CP, por percebermos que seria uma boa oportunidade de adquirir e aprofundar conhecimentos nesta área. Escolhemos uma situação clínica que foca as questões da revelação da verdade ao cliente em fim de vida e da conspiração do silêncio, muitas vezes presente na nossa prática profissional.

O trabalho possibilitou-nos a reflexão sobre a situação apresentada, com todos os problemas identificados, formulação de diagnósticos e intervenções desenvolvidas, devidamente fundamentadas, no sentido de lhes dar resposta.

Uma vez que o estudo de caso realizado remeteu-nos para a doença crónica e paliativa, fez todo o sentido referir as Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crónica e Paliativa, nesse trabalho, na medida em que as intervenções desenvolvidas deram resposta às mesmas, numa avaliação holística da pessoa, incluindo familiares e cuidadores, numa relação terapêutica que visa a identificação de necessidades, redução do sofrimento e promoção da qualidade de vida (O.E., 2011b).

A análise crítica realizada a partir desse estudo de caso foi uma ótima oportunidade para adquirir e desenvolver estas competências, reconhecendo os benefícios que dela advirão, quando aplicada em contexto profissional.

Concluimos esta análise com a segurança e a certeza de que percorremos este percurso com vontade e determinação, com tudo o que aprendemos e que nos fez crescer como enfermeiras.

Terminada a análise às competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica evoluímos agora para a análise do desenvolvimento das competências do mestre nesta área científica.

4.3. MESTRE EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA

Os cursos de mestrado da ESS/IPS “dizem respeito a formação científica de carácter profissionalizante” (ESS IPS, 2012, p. 4).

O CMEMC apresenta como meta contribuir, suportado na evidência, para o desenvolvimento dos saberes teóricos e práticos da Enfermagem Médico-Cirúrgica, formando Mestres com um conhecimento aprofundado no domínio especializado da Enfermagem Médico-Cirúrgica, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, e com níveis elevados de julgamento clínico e de tomada

de decisão, traduzidos num conjunto de competências clínicas especializadas relativas ao seu campo e intervenção (ESS IPS, 2012).

Segundo o perfil de competências do mestre em enfermagem médico-cirúrgica, considera-se mestre o profissional que (ESS IPS, 2014/2015b, p. 5-6):

Demonstre competências clínicas específicas na conceção, gestão e supervisão clínica dos cuidados de enfermagem;

Realize desenvolvimento autónomo de conhecimentos e competências ao longo da vida e em complemento às adquiridas;

Integre equipas de desenvolvimento multidisciplinar de forma proactiva;

Aja no desenvolvimento da tomada de decisão e raciocínio conducentes à construção e aplicação de argumentos rigorosos;

Inicie, contribua para e/ou sustenta investigação para promover a prática de enfermagem baseada na evidência;

Realize análise diagnóstica, planeamento, intervenção e avaliação na formação dos pares e de colaboradores, integrando formação, a investigação, as políticas de saúde e a administração em Saúde e em Enfermagem em particular.

A principal estratégia de análise do desenvolvimento das competências referidas foi a reflexão crítica da práxis comparativamente ao perfil das competências.

Nesta reflexão não podemos deixar de considerar os contributos dos aportes teóricos leccionados durante este curso, os estágios realizados, o PIS e o PAC concretizados, e, também, o nosso percurso profissional, nomeadamente a formação académica e profissional, a formação contínua, os projetos efetuados e cargos e funções desempenhadas profissionalmente, cuja responsabilidade evidencia um perfil de competências acrescidas.

De seguida, apresentamos a análise crítica de e a reflexão sobre cada competência do mestre.

1. “*Demonstra competências clínicas específicas na conceção, gestão e supervisão clínica dos cuidados de enfermagem:*”

a) realiza avaliações exaustivas do indivíduo, das famílias e das comunidades, em situações complexas;

- b) sintetiza e analisa criticamente os dados das avaliações para uma tomada de decisão segura;*
- c) diagnostica e gere problemas e condições de saúde;*
- d) prescreve intervenções de enfermagem geral e especializada;*
- e) inicia e coordena a educação de indivíduos, famílias e comunidades para proteger e promover a sua saúde e prevenir doenças;*
- f) referencia e recebe referencia de doentes e famílias, para assegurar a continuidade dos cuidados;*
- g) avalia a prática para assegurar serviços de saúde profissionais, éticos, equitativos e de qualidade.” (ESS IPS, 2014/2015b, p. 5).*

A práxis atual, os estágios e projetos desenvolvidos no CMEMC e os aportes teóricos das UC e UT do plano de estudos foram determinantes para o desenvolvimento desta competência.

Na nossa práxis, a prestação de cuidados de enfermagem tem por base avaliações exaustivas da pessoa, família e comunidade, uma vez que só desta forma é possível conhecer os dados importantes para uma tomada de decisão segura, que permita diagnosticar corretamente os problemas de saúde, sendo também determinante para uma prescrição de intervenções adequada e realista. Essas intervenções direcionam-se no sentido de proteger e promover a saúde, bem como prevenir a doença.

Dos aportes teóricos deste curso salientamos o módulo de Supervisão de Cuidados, em que o trabalho realizado seguiu o modelo de supervisão clínica de Nicklin, que está direcionado para a prática clínica e pode, por isso, ser facilmente adaptado à realidade da profissão de enfermagem, especialmente por apresentar alguns passos similares aos do processo de enfermagem, com o qual estamos familiarizados na sua utilização. Este processo inicia-se com a identificação “situações-problema”, passa pela definição de objetivos de intervenção, planeamento e implementação das ações planeadas, terminando com a avaliação dos resultados e do processo de supervisão. Foi, sem dúvida, um grande contributo para desenvolver esta competência.

Destacamos os estágios realizados, onde tivemos a oportunidade de abordar a pessoa em situação crítica e/ou com falência orgânica, na sala de urgência do BO, o que nos permitiu desenvolver capacidades que estão em linha de conta com os critérios de avaliação desta competência, nomeadamente: na realização de avaliações exaustivas da

pessoa/família, em situações complexas; na análise dessas avaliações para uma tomada de decisão segura; na gestão de problemas e condições de saúde; e na prescrição de intervenções de enfermagem geral e especializada.

O desenvolvimento do PIS, principalmente, e do PAC, contribuíram para serviços de saúde profissionais, éticos, equitativos e de qualidade.

Enquanto coordenadora da Cirurgia de Ambulatório, participámos nos concursos de escolha do material e equipamento necessários e em todas as reuniões organizativas realizadas para a abertura da Cirurgia de Ambulatório no BO. Elaborámos o Guia do Cliente, a Folha de Registos de Enfermagem e todos os Folhetos Informativos, por especialidade, para serem entregues ao cliente/família no momento da alta.

Consideramos ter adquirido esta competência de mestre.

2. *“Realiza desenvolvimento autónomo de conhecimentos e competências ao longo da vida e em complemento às adquiridas:*

- a) identifica os seus próprios recursos pessoais, ajustando as necessidades de formação ao seu próprio projeto pessoal/profissional;*
 - b) valoriza a autoformação como componente essencial do desenvolvimento.”*
- (ESS IPS, 2014/2015b, p. 5).

As atividades e estratégias desenvolvidas nos estágios e os projetos concretizados no âmbito do CMEMC foram determinantes para adequar a práxis às unidades desta competência: a identificação dos próprios recursos pessoais, ajustando as necessidades de formação ao próprio projeto pessoal e profissional, e a valorização da autoformação como componente essencial do desenvolvimento. Neste sentido, durante os estágios, a realização do diagnóstico, planeamento, execução e avaliação dos projetos realizados constituíram ferramentas essenciais para sustentar esta competência.

A formação permanente é indispensável para quem sente necessidade de uma contínua aprendizagem. A natureza da profissão de Enfermagem e as características do seu exercício fazem com que se deva privilegiar a formação como forma de manter atualizados, aprofundar e desenvolver os conhecimentos adquiridos. É necessário construir e acompanhar a evolução, mantendo e incentivando a motivação de um espírito aberto à mudança.

Ao longo da nossa práxis, frequentámos inúmeros cursos e ações de formação em serviço, congressos de enfermagem e entidades formativas acreditadas sobre os mais variados temas da prática clínica de enfermagem, assim como da prática formativa (credenciação como formadora desde 2003). Consideramos que a formação profissional contínua potencia a criação de uma população dinâmica, com maior qualificação e melhor instrução. Acreditamos na formação como ferramenta fundamental para o desenvolvimento de capacidades amplas de curiosidade científica, reflexão crítica, comunicação, iniciativa e disponibilidade para a mudança.

O facto de frequentarmos o CMEMC num momento de crise económica e numa altura em que os profissionais de saúde se encontram numa situação de desmotivação generalizada demonstra a nossa vontade em desenvolver autonomamente conhecimentos e competências ao longo da vida e em complemento às adquiridas.

Consideramos ter adquirido esta competência de mestre.

3. “*Integra equipas de desenvolvimento multidisciplinar de forma proactiva:*”

- a) aplica os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em contextos alargados e multidisciplinares, relacionados com a sua área de especialização;*
- b) conhece os conceitos, fundamentos, teorias e factos relacionados com as Ciências de Enfermagem e suas aplicações, nos diferentes campos de intervenção;*
- c) seve como consultor para outros profissionais de saúde, quando apropriado;*
- d) faz gestão de casos quando aplicável;*
- e) trabalha em colaboração com a saúde pública, profissionais de saúde e outros líderes comunitários relevantes e/ou agências para melhorar a saúde global da comunidade.” (ESS IPS, 2014/2015b, p. 5-6).*

Através dos projetos concretizados, PIS e PAC, é possível demonstrar o nosso envolvimento com equipas de desenvolvimento multidisciplinar de forma proativa, onde procurámos melhorar a saúde global da comunidade. Durante os estágios fomos líderes de projetos, procurando, desta forma, contribuir para a melhoria da qualidade e segurança dos cuidados prestados no BO. A área de conhecimento da enfermagem médico-cirúrgica, em especial na área da pessoa em situação crítica, deu-nos contributos importantes e

determinantes para os projetos desenvolvidos. Destacamos, o procedimento de integração dos novos enfermeiros elaborado no PIS.

A nossa área de especialização permitiu-nos dar outros contributos importantes, no desenvolvimento do PAC. As formações dadas às assistentes operacionais sobre a área da prevenção e controlo de infeção fez com que nos tornássemos consultores nesta área, em conjunto com o elemento dinamizador do BO.

Salientamos que há dez anos que somos responsáveis pela área de Urologia no BO, o que salienta o papel de consultora e orientadora nesta área, aplicando conhecimentos e resolvendo problemas em contextos alargados e multidisciplinares. Todos os enfermeiros que integram esta especialidade são integrados por nós de forma proativa.

Colaborámos na abertura da sala operatória do Bloco de Partos do CHX, integrando os elementos de enfermagem. Após essa integração, começaram a funcionar em pleno durante as 24 horas. Ficou patente o trabalho de colaboração com profissionais de saúde para melhorar a saúde global da comunidade.

Integrámos a Comissão Organizadora do Encontro de Enfermagem Médico-Cirúrgica na ESS do IPS, o que considerámos ter sido uma experiência enriquecedora e de aprendizagem.

Estas experiências mencionadas, da nossa práxis, também contribuíram para o desenvolvimento desta competência.

Consideramos ter adquirido esta competência de mestre.

4. “Age no desenvolvimento da tomada de decisão e raciocínio conducentes à construção e aplicação de argumentos rigorosos:

- a) *selecionar os meios e estratégias mais adequados à resolução de um determinado problema, de forma fundamentada;*
- b) *avalia os resultados, em ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem e da perspetiva das repercussões em sentido ético e deontológico.”* (ESS IPS, 2014/2015b, p. 6).

Segundo a OE (2001), a tomada de decisão do enfermeiro implica uma abordagem sistémica e sistemática, processo no qual devemos incorporar os resultados da investigação na prática clínica, utilizando argumentos rigorosos e contribuindo para a melhoria contínua da qualidade e excelência no exercício da profissão.

Ao longo do curso foram vários os contributos para a aquisição desta competência, mas destacamos as módulos de Supervisão de Cuidados e Questões Éticas Emergentes em Cuidados Complexos, porque permitiram a nossa reflexão sobre vários casos onde a tomada de decisão foi debatida. Mais uma vez, o trabalho de Supervisão de Cuidados permitiu o raciocínio crítico e a análise reflexiva sobre a nossa prática em casos de cuidados de enfermagem complexos, nos quais a tomada de decisão que regula a ação é preponderante e deve ser fundamentada.

Os estágios também permitiram a consolidação desta competência, pois proporcionaram tomadas de decisão. Foram selecionados os meios e as estratégias mais adequados à resolução de problemas, de forma fundamentada.

Dos projetos concretizados, dos quais destacamos o PIS, consideramos que a metodologia de trabalho de projeto utilizada evidenciou a necessidade de argumentação rigorosa em todas as etapas da sua elaboração, sustentando o desenvolvimento desta competência.

Consideramos ter adquirido esta competência de mestre.

5. “Inicia, contribui para e/ou sustenta investigação para promover a prática de enfermagem baseada na evidência:

- a) analisa, concebe e implementa resultados de investigação e contributos da evidência para a resolução de problemas, com especial ênfase nos que emergem da área dos estudos especializados, considerando os aspectos sociais e éticos relevantes;*
- b) usa capacidades de investigação apropriadas para melhorar e fazer evoluir a prática.” (ESS IPS, 2014/2015b, p. 6).*

A tomada de decisão referida na competência anterior deve ser fundamentada em conhecimentos credíveis, no quais possamos sustentar a nossa prática, que deve ser baseada na evidência, assumindo a investigação um papel preponderante.

Enquanto mestres, devemos dar o nosso contributo para a investigação que promova a prática de enfermagem, analisando, concebendo e implementando resultados e contributos da evidência, em especial na nossa área de estudos especializados. Tal deve ser feito com respeito pelos aspetos sociais e éticos relevantes.

Relativamente a esta competência, o PIS concretizado nos estágios contribuiu decisivamente para o seu desenvolvimento, considerando a metodologia de trabalho de projeto utilizada para a sustentação e validação da investigação realizada e para a promoção de uma prática de enfermagem baseada na evidência.

Ao longo do CMEMC, a apropriação de competências na área de investigação pelas UC lecionadas foi marcante, destacando a UC Investigação que foi dedicada na íntegra a esta temática e da qual resultou a elaboração de um poster subordinado ao tema “Terapia de Feridas por Pressão Negativa na Cirurgia Plástica e Reconstructiva”, como instrumento de avaliação da referida UC, posteriormente readaptado para ser apresentado no Congresso de Enfermagem Perioperatória da Prática à Evidência na ESS do IPS, com o objetivo de dar a conhecer esta Terapia e demonstrar a eficácia da mesma no pós-operatório de variadas cirurgias. Desta forma, também concebemos e implementamos resultados de investigação e contributos da evidência para a resolução de problemas.

No Encontro de Enfermagem Médico-Cirúrgica na ESS do IPS elaborámos um poster sobre a temática do nosso PIS: “Integração de Enfermeiros no Bloco Operatório”, com o objetivo de divulgar a etapa do diagnóstico de situação e simultaneamente desenvolver esta competência de mestre, a divulgação dos trabalhos efetuados e desenvolvidos, usando capacidades de investigação apropriadas para melhorar e fazer evoluir a prática.

O artigo elaborado e apresentado neste relatório também é um contributo para a investigação que promova a prática de enfermagem baseada na evidência.

Gostaríamos ainda de referir que colaboramos com a revista *Saúde e Lar*, fazendo revisões de cariz científico, incluindo na área de enfermagem médico-cirúrgica.

Consideramos ter adquirido esta competência de mestre.

6. “Realiza análise diagnóstica, planeamento, intervenção e avaliação na formação dos pares e de colaboradores, integrando formação, a investigação, as políticas de saúde e a administração em Saúde e em Enfermagem em particular.” (ESS IPS, 2014/2015b, p. 6).

A práxis atual, os estágios realizados, os projetos concretizados e os aportes teóricos do CMEMC foram decisivos para o desenvolvimento desta competência.

Neste sentido, as aprendizagens desenvolvidas nos estágios e a reflexão crítica do percurso profissional evidenciam a demonstração da adequação da práxis a esta competência de mestre.

Concretamente, contribui para a aquisição desta competência a realização da formação no âmbito do PIS sobre o procedimento de integração de novos enfermeiros no BO, elaborado com o objetivo de divulgar e formar a equipa de enfermagem para o procedimento. Neste contexto, o trabalho desenvolvido através da metodologia de trabalho de projeto evidencia a competência na análise diagnóstica, planeamento, intervenção e avaliação do programa de integração.

Consideramos ter adquirido esta competência de mestre.

Concluimos, assim, a análise das competências do Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica, a partir da qual avançamos para as conclusões finais do presente relatório de trabalho de projeto.

5. CONCLUSÃO

“O que sou não passa de uma preparação do que serei”, afirmou Simon Vinkenoog, pensador e poeta holandês, discorrendo sobre a condição passageira de cada instante da existência humana. Este é o nosso sentir relativamente à necessidade do profissional de enfermagem de procurar um crescimento permanente, em aprendizagem e em experiência, que o aproxime, numa tentativa incessante e esforçada, das melhores respostas de cuidados de saúde às pessoas em situação de doença. Este foi o nosso alvo na decisão de iniciar este Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, mas também o fator de motivação para a sua conclusão, durante um período que teve tanto de surpreendente experiência de aprendizagem como de extraordinária necessidade de dedicação.

A estrutura de apresentação deste Relatório dividiu-se em cinco capítulos: Enquadramento Conceptual; Projeto de Intervenção em Serviço (PIS); Projeto de Aprendizagem Clínica (PAC); Análise do desenvolvimento das competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista e Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica; e a presente Conclusão.

Em relação ao objetivo principal do Relatório – Demonstrar a aquisição e o desenvolvimento de competências de Enfermeiro Especialista e de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica - consideramo-lo plenamente cumprido, na medida em que, quer através da fundamentação teórica, quer através da aplicação de conhecimentos em Estágio pelo desenvolvimento do PIS e do PAC, demonstramos ter adquirido e desenvolvido as competências alvo do presente Curso.

Numa análise sumária aos objetivos específicos expostos na Introdução, que consubstanciam o objetivo principal, consideramo-los globalmente alcançados. Destacamos como elemento de especial valia no trabalho desenvolvido o PIS – Integração dos Enfermeiros no Bloco Operatório: Primeiro Passo para Cuidados de Excelência – pela sua originalidade e pelo benefício prático imediato para o serviço, estando inclusivamente em aplicação no momento da redação deste Relatório. Na nossa opinião, este Projeto merece destaque no âmbito deste Relatório, devendo ser considerado o seu ponto de maior qualidade e o seu melhor contributo académico e profissional. Salientamos também a

demonstração por nós levada a cabo no capítulo quarto, relativa à aquisição e desenvolvimento das competências em causa, demonstração essa baseada numa reflexão e análise críticas dos estágios realizados, dos projetos desenvolvidos, dos trabalhos académicos efetuados e dos aportes adquiridos nas diferentes UC e UT do plano de estudo deste Curso.

A elaboração do presente Relatório de Trabalho de Projeto, que expressa a realidade do que constituiu a experiência da frequência e conclusão do CMEMC, contou com alguns preciosos fatores facilitadores, que abriram e simplificaram caminhos para a sua realização e potenciaram as nossas aptidões para o realizar. Dentro desta categoria gostaríamos de salientar a disponibilidade e o sentido de visão da professora orientadora e a capacidade motivacional da orientadora de estágio, ambas fatores de confiança e segurança, num espírito de “autonomia dirigida”, que contribuiu para o sucesso deste trabalho. Salientamos também como forte fator facilitador o facto de o PIS ter sido desenvolvido no BO do CHX, serviço em que exercemos funções e cuja realidade e ambiente conhecemos pormenorizada e profundamente. Embora reconhecendo o desafio do inconveniente possível de sermos vistas alternadamente em papel de profissionais e estudantes, tal foi largamente ultrapassado pela pronta disponibilidade e o amplo envolvimento da excelente equipa de enfermagem, ela própria beneficiária do Projeto.

Finalmente, numa categoria de fatores facilitadores que a tecnologia oferece na atualidade, destacaríamos ainda a possibilidade de consulta, rápida e gratuita, de bases de dados científicas no mundo inteiro, acessíveis através da disponibilização do serviço *Virtual Private Network* pelo IPS.

No campo dos fatores constrangedores do trabalho desenvolvido durante o presente Curso e o seu respetivo Relatório, identificamos que quase todos se resumem num dos mais importantes elementos do mundo moderno: o tempo. De facto, o maior constrangimento para a conclusão com êxito deste desafio foi a difícil articulação entre a vida profissional, a vida académica e a vida familiar, numa constante tentativa de assumir os diversos papéis sem descuidar nenhum. Em relação ao Curso propriamente dito, talvez a maior dificuldade tivesse sido a simultaneidade entre as aulas teóricas e os estágios, em particular pela sobreposição horária mas também de acumulação de trabalhos teóricos e do desenvolvimento dos projetos de estágio. Esta situação tornou-se ainda mais constrangedora pelo facto de, três meses após o início do Curso, ter começado a cumprir 40 horas de trabalho semanal.

No término desta análise reflexiva sobre o presente Relatório resta apresentar as nossas expectativas quanto aos resultados e aos frutos do trabalho desenvolvido. Sob o ponto de vista pessoal, esta foi uma oportunidade apreciada, pela abertura de novos horizontes e atualização em relação a fontes e instrumentos de educação profissionalizante da atualidade. Sob o ponto de vista profissional, este Curso constituiu um elemento de inegável enriquecimento acadêmico e profissional, pelo suporte teórico oferecido e pela consequente possibilidade de aplicação de conhecimentos adquiridos, mas também de despertar para novas áreas de interesse, de que é exemplo a centralidade da ética na enfermagem. Por isso, o caminho futuro é o de aplicação dos conhecimentos adquiridos no contexto profissional, naquela que é a nossa área de eleição, o BO, e em particular no desenvolvimento de novas utilidades para uma efetiva integração de novos enfermeiros.

Finalmente, sob o ponto de vista do contributo científico que, com humildade, pensamos ter deixado, gostaríamos de destacar a abertura de uma janela de oportunidade para uma pertinente investigação, que lançamos como repto para futuros investigadores, ou, quem sabe, um nosso futuro projeto: Identificada a inexistência de um acompanhamento sistematizado dos familiares de pessoas submetidas a intervenções cirúrgicas no BO do CHX, demonstra ser útil e necessário o desenvolvimento de um projeto de criação do seu respetivo Procedimento.

Immanuel Kant, filósofo germânico de finais do século XVIII e inícios de XIX, e um dos maiores impulsionadores da epistemologia moderna, escreveu: *“A Ciência é o conhecimento organizado. A Sabedoria é a vida organizada”*.

Difícilmente uma citação se enquadraria de uma forma mais apropriada ao nosso pensar e ao nosso sentir, chegado o momento de encerrar a apresentação do produto da nossa aprendizagem e da nossa experiência durante o Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica: este Relatório é o resultado do que foi possível pesquisar, aprender e compreender, por um lado, e observar, aplicar e experimentar, por outro. Esperamos, dessa forma, ter alcançado conhecimento teórico organizado – “Ciência” – e ter contribuído para organizar a vida do serviço que foi objeto da nossa intervenção, gerando “Sabedoria”, isto é, conhecimento (bem) aplicado.

No fundo, recorrendo a uma noção adquirida com a frequência deste Curso que consideramos muito enriquecedora, através do conhecimento e da experiência, da Ciência e da Sabedoria, procuraremos estabelecer e aplicar um forte e permanente critério de supervisão de cuidados, num espírito de reflexão e análise críticas, conducentes à nossa

maior aspiração, que, para ser verdadeiramente atingida, necessita de ser sempre procurada: a Excelência na prestação de cuidados de saúde.

BIBLIOGRAFIA

- ANDER-EGG, Ezequiel; IDÁÑEZ, Maria José – **Como Elaborar um Projecto - Guia para Desenhar Projectos Sociais Culturais**. CPJHTS, 1999.
- ASSOCIAÇÃO DOS ENFERMEIROS DE SALA DE OPERAÇÕES PORTUGUESAS (AESOP) – **Enfermagem Perioperatória: Da Filosofia à Prática dos Cuidados**. Loures: Lusodidacta, 2006. ISBN 972-8930-16-X
- ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE CUIDADOS PALIATIVOS (APCP) – **Critérios de Qualidade para Unidades de Cuidados paliativos** [Em linha]. 2006. [Consult. 4 Nov. 2014]. Disponível em WWW:<URL:http://www.apcp.com.pt/uploads/Criterios_de_Qualidade-2006.pdf>.
- AUTORIDADE NACIONAL DE PROTEÇÃO CIVIL (ANPC) – **Directiva Operacional nº 01/2009**. Carnaxide: ANPC, 2009.
- BARBOSA, António – **Sofrimento**. Manual de Cuidados Paliativos. Lisboa: Núcleo de Cuidados Paliativos - Centro de Bioética. Faculdade de Medicina de Lisboa, 2006. ISBN 978-972-9349-21-8
- BARBOSA, António; NETO, Isabel – **Manual de Cuidados Paliativos**. Lisboa: Núcleo de Cuidados Paliativos - Centro de Bioética. Faculdade de Medicina de Lisboa, 2006. ISBN 978-972-9349-21-8
- BÁRTOLO, Emília – **Formação em Contexto de Trabalho no Ambiente Hospitalar. Um Estudo Etnográfico numa Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos**. Lisboa: Climepsi, 2007. ISBN 978-972-796-270-9
- BENNER, Patrícia – **De Iniciado a Perito**. Coimbra: Quarteto editora, 2001. ISBN 972-8535-97-x
- BRAGA, Estefânia *et al.* – Cuidados Paliativos: a Enfermagem e o Doente Terminal. **Revista Investigação**. 10:1 (2010).
- BRIDGES, William – **Transitions: Making sense of life's changes**. 2.^a ed. New York: Addison-Wesley, 2004. In MELEIS, Alaf – *Theoretical Nursing: Development and Progress*. 5.^a ed. Pennsylvania: Wolters Kluwer Health, Lippincott Williams & Wilkins, 2012. ISBN 978-1-60547-211-9
- BRITO, Maria Alice – **A reconstrução da autonomia após um evento gerador de dependência no autocuidado**. Tese de Doutoramento [Em linha]. Lisboa:

Universidade Católica Portuguesa. [Consult. 10 Jan. 2015]. Disponível em WWW:<URL:<http://hdl.handle.net/10400.14/12617>>.

- BUCKLEY, Jenny – **Palliative care, an integrated approach**. United Kingdom: Wiley-Blackwell, 2008. ISBN 9780470058855
- CHALIFOUR, Jacques – **A Intervenção Terapêutica: Estratégias de Intervenção**. Loures: Lusodidacta. Vol. 2 (2009). ISBN 978-989-8075-21-5
- CHIAVENATO, Idalberto – **Gestão de Pessoas: O Novo Papel dos Recursos Humanos nas Organizações**. 6ª ed. Rio de Janeiro: Editora Campus, 1999. ISBN 85-352-0427-X
- CHIAVENATO, Idalberto – **Iniciação à Administração**. São Paulo: McGraw-Hill, 1989.
- CHIAVENATO, Idalberto – **Recursos Humanos: O Capital Humano das Organizações**. 8ª ed. São Paulo: Editora Atlas, 2006. ISBN 85-224-3873-0
- CHIAVENATO, Idalberto – **Recursos Humanos**. 3ª ed. São Paulo: Editora Atlas, 1994.
- CHIAVENATO, Idalberto – **Recursos Humanos**. 4ª ed. São Paulo: Editora Atlas, 1991.
- CHIAVENATO, Idalberto – **Teoria Geral da Administração**. São Paulo: McGraw-Hill, 1981.
- CHICK, Norma; MELEIS, Alaf – **Transitions: A Nursing Concern**. In MELEIS, Alaf – **Theoretical Nursing: Development and Progress**. 5ª ed. Pennsylvania: Wolters Kluwer Health, Lippincott Williams & Wilkins, 2012. ISBN 978-1-60547-211-9
- COCKERHAM, John *et al.* – Supporting Newly Hired Nurses: A Program to Increase Knowledge and Confidence While Fostering Relationship Among the Team. **WileyPeriodicals** [Em linha]. 46:4 (2011), 231-239. [Consult. 2 Out. 2014]. Disponível em WWW:< URL:<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22029766>>. ISSN 1098-237X
- CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMEIROS – **CIPE: Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem**. Versão 1.0. Suíça: Genebra, 2005. ISBN 92-95040-36-8
- D'AGATA, Erika *et al.* – **The Impact of Different Antibiotic Regimens on the Emergence of Antimicrobial - Resistant Bacteria** [Em linha]. 2008. [Consult. 1 Jun.

2014]. Disponível em
WWW:<URL:<http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0004036>>.

- DECRETO-LEI nº 104/98. D.R. nº 93, Série I-A de 1998-04-21.
- DIÁRIO DA REPÚBLICA (D.R.) N.º 178, Série I, de 2009-09-14. Lei n.º 106/2009 [Em linha]. 2009. [Consult. 10 Nov. 2014]. Disponível em WWW:<URL:http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/19F2FF80-E580-4965-8DEBC7951DDF4832/0/Lei106_2009_AcompahamentoHospitalar.pdf>.
- DIREÇÃO GERAL DA SAÚDE (DGS) – **A Dor como 5º Sinal Vital: Registo Sistemático da Intensidade da Dor**. Circular Normativa nº 09/DGCG. Junho, 2003.
- DIREÇÃO GERAL DA SAÚDE (DGS) – **Carta dos Direitos do Doente Internado**. 1996.
- DIREÇÃO GERAL DA SAÚDE (DGS) – **Plano Nacional de Luta Contra a Dor** [Em linha]. 2001. [Consult. 10 Jun. 2014]. Disponível em WWW:<URL:<http://www.esscyp.eu/Portals/0/Plano%20Nacional%20de%20Luta%20Contra%20a%20Dor.pdf>>.
- DIREÇÃO GERAL DA SAÚDE (DGS) – **Programa Nacional de Cuidados Paliativos**. Circular Normativa nº 14/DGCG. Julho, 2004.
- DIREÇÃO GERAL DA SAÚDE (DGS) – **Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde** [Em linha]. 2007. [Consult. 1 Jun. 2014]. Disponível em WWW:<URL:<http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i008902.pdf>>.
- DIREÇÃO GERAL DE SAÚDE (DGS) – **Plano Nacional de Luta Contra a Dor**. Lisboa: DGS, 2003.
- DIREÇÃO GERAL DE SAÚDE (DGS) – **Elaboração de um Plano de um Plano de Emergência nas Unidades de Saúde**. Lisboa: DGS, 2010.
- DOENGES, Marilyn; MOORHOUSE, Mary; GEISLER, Alice – **Planos De Cuidado De Enfermagem – Orientações para o Cuidado Individualizado do Paciente**. 5ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003. ISBN 85-277-0775-6
- DRUCKER, Peter – Admirável Mundo do Conhecimento. **HSM-Management**. Nº 1 (1997), 63-80.
- ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DO INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

- (ESS IPS) – **Guia de Curso 3º Semestre**. Ano Letivo 2014/2015b.
- ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DO INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL (ESS IPS) – **Guia Orientador dos Estágios 2º e 3º Semestres**. Ano Letivo 2014/2015a.
 - ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DO INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL (ESS IPS) – **MESTRADOS EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA E EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIATRIA: Fundamentos, enquadramento e roteiro normativo de Relatórios e Trabalho de Projecto**. Maio, 2012.
 - ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DO INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL (ESS IPS) – **Regulamento do Curso de MESTRADO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA**. Fevereiro, 2014.
 - FORTIN, Marie Fabienne – **Fundamentos e Etapas do Processo de Investigação**. Loures: Lusodidacta, 2009. ISBN 978-989-8075-18-5
 - HESBEEN, Walter – **Qualidade em Enfermagem: Pensamento e Acção na Perspectiva do Cuidar**. Loures: Lusociência, 2001. ISBN 972-8383-20-7
 - HINDLE, Tim – **Guia de Ideias e Técnicas de Gestão**. Lisboa: Editorial Caminho, 2004.
 - IVANCEVICH, John – **Gestão de Recursos Humanos**. 10ª ed. São Paulo: McGraw Hill, 2008. ISBN 978-85-86804-80-9
 - KURCGANT, Paulina – **Administração em Enfermagem**. São Paulo: Editora Pedagógica e Universitária Lda., 1991. ISBN 85-12-12470-9
 - LAGARTINHO, Helena – **Mobilidade em Enfermagem**. Lisboa: Escola Superior Maria Fernanda Resende, 1998.
 - LEITE, Elvira; MALPIQUE, Manuela; SANTOS, Milice – **Trabalho de Projecto: Aprender por Projectos Centrados em Problemas**. 4ª ed. Porto: Edições Afrontamento, 2001. ISBN 972-36-0216-4
 - LOPES, Armandina; Nunes, Lucília – Trilogia: Competências Profissionais, Qualidade dos Cuidados e Ética. **Revista Nursing**. Nº 90/91 (1995), 10-13.
 - LOUREIRO, Cândida *et al.* – Integração e Orientação dos Enfermeiros. **Informar**. Nº 27 (2002), 16-22.

- MARQUIS, Bessie; HUSTON, Carol – **Administração e Liderança em Enfermagem: Teoria e Aplicação**. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2002. ISBN 85-7307-496-5
- MARTINS, Lurdes – Final de Vida. **Revista Ordem dos Enfermeiros** [Em linha]. Nº 20 (2006), 53-56. [Consult. 29 Nov. 2014]. Disponível em WWW:<[URL:http://www.ordemenfermeiros.pt/comunicacao/revistas/roe_20_janeiro_2006.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/comunicacao/revistas/roe_20_janeiro_2006.pdf)>. ISSN 1646-2629
- MELEIS *et al.* – **Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory; Advances in Nursing Science**. September 2000.
- MELEIS, Alaf – **Theoretical Nursing: Development and Progress**. 5ª ed. Pennsylvania: Wolters Kluwer Health, Lippincott Williams & Wilkins, 2012. ISBN 978-1-60547-211-9
- MELEIS, Alaf – **Theoretical Nursing: Development and Progress**. Philadelphia: 3ª ed. Lippincott Williams & Wilkins, 2005.
- MELEIS, Alaf – **Theoretical Nursing Developing & Progress**. 4ª ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2007. In MELEIS, Alaf – **Transitions Theory: Middle-Range and Situation-Specific Theories in Nursing Research and Practice**. New York: Springer Publishing Company, LLC, 2010. ISBN 978-0-8261-0535-6
- MELEIS, Alaf – **Transition Theory: Middle Range and Situation Specific Theories in Nursing Research and Practice**. New York: Springer Publishing Company, LLC, 2010. ISBN 978-0-8261-0535-6
- MELEIS, Alaf; TRANGENSTEIN, Patricia – Facilitating Transitions Redefinition of the Nursing Mission. **Nursing Outlook**. (1994) 255-259. In MELEIS, Alaf – **Transitions Theory: Middle-Range and Situation-Specific Theories in Nursing Research and Practice**. New York: Springer Publishing Company, LLC, 2010. ISBN 978-0-8261-0535-6
- MIGUEL, António – **Gestão Moderna de Projectos: Melhores Técnicas e Práticas**. 2ª ed. Lousã: FCA, 2006. ISBN 972-722-502-0
- NETO, Isabel – A Conferência Familiar como Instrumento de Apoio à Família em Cuidados Paliativos. **Revista Portuguesa de Clínica Geral e Familiar** [Em linha]. 19:1 (2003), 68-74. [Consult. 9 Nov. 2014]. Disponível em WWW:<[URL:http://www.rpmgf.pt/ojs/index.php?journal=rpmgf&page=article&op=view&path%5B%5D=9906&path%5B%5D=9644](http://www.rpmgf.pt/ojs/index.php?journal=rpmgf&page=article&op=view&path%5B%5D=9906&path%5B%5D=9644)>.

- NUNES, Lucília – Do Perito e do Conhecimento em Enfermagem: Uma Exploração da Natureza e Atributos dos Peritos e dos Processos de Conhecimento em Enfermagem. **Percursos**. Nº 17 (2010), 3-9.
- NUNES, Lucília – **Ética de Enfermagem: Fundamentos e Horizontes**. 1ª ed. Loures: Lusociência, 2011. ISBN 978-972-8930-67-7
- NUNES, Lucília – Prólogo ao VII Seminário. **Revista da Ordem dos Enfermeiros** [Em linha]. Nº24 (2007), 4-5. [Consult. 2 Jun. 2014]. Disponível em WWW:<[URL:http://www.ordemenfermeiros.pt/comunicacao/Revistas/ROE_24_Fevereiro_2007.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/comunicacao/Revistas/ROE_24_Fevereiro_2007.pdf)>. ISSN 1646-2629
- OLIVEIRA, Delfim – Cuidado no final de vida. **Revista Ordem dos Enfermeiros** [Em linha]. Nº20 (2006), 66-69. [Consult. 29 Nov. 2014]. Disponível em WWW:<[URL:http://www.ordemenfermeiros.pt/comunicacao/revistas/roe_20_janeiro_2006.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/comunicacao/revistas/roe_20_janeiro_2006.pdf)>. ISSN 1646-2629
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS) – **Palliative care**. Itália: Floriani Foundation, 2004. ISBN 92-890-1091-6
- ORDEM DOS ENFERMEIROS (OE) – **Código Deontológico do Enfermeiro: Anotações e Comentários**. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2003.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS (OE) – DOR: Guia Orientador de Boa Prática. **Cadernos Ordem dos Enfermeiros** [Em linha]. Nº 1 (2008). [Consult. 14 Jun. 2014]. Disponível em WWW:<[URL:http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/cadernosoe-dor.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/cadernosoe-dor.pdf)>. ISBN 978-972-99646-9-5
- ORDEM DOS ENFERMEIROS (OE) – **Padrões da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Enquadramento Conceptual Enunciados Descritivos**. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2001.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS (OE) – **Proposta de Projeto de Regulamento dos Padrões de Qualidade da Especialidade em Enfermagem em Pessoa em Situação Crónica e Paliativa**. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2013.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS (OE) – **Proposta dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica**. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2011a.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS (OE) – **Rede Nacional de Cuidados Continuados**

Integrados - Referencial do Enfermeiro. Conselho de Enfermagem. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2009.

- **ORDEM DOS ENFERMEIROS (OE) – Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista.** Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2010a.
- **ORDEM DOS ENFERMEIROS (OE) – Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crónica e Paliativa.** Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2011b.
- **ORDEM DOS ENFERMEIROS (OE) – Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica.** Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2010b.
- **ORDEM DOS ENFERMEIROS (OE) – Tomada de Posição sobre Segurança do Cliente** [Em linha]. 2006. [Consult. 8 Abr. 2014]. Disponível em WWW:<URL:http://www.ordemenfermeiros.pt/tomadasposicao/Documents/TomadaPosicao_2Maio2006.pdf>.
- PEDROTO, Isabel – Risco Clínico e Segurança do Doente. **Revista Nascer e Crescer** [Em linha]. 15:3 (2006), 168-173. [Consult. 9 Jun. 2014]. Disponível em WWW:<URL:http://repositorio.chporto.pt/bitstream/10400.16/1185/1/RiscoClinico_15-3_Web.pdf>.
- PIMENTA, Cibele et al. – Controle da dor no pós-operatório. **Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo** [Em linha]. 35:2 (2001), 180-183. [Consult. 5 Jun. 2014]. Disponível em WWW:<URL:<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v35n2/v35n2a12.pdf>>.
- PINA, Elaine *et al.* – Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde e Segurança do Doente. **Revista Portuguesa de Saúde Pública**. Vol. 10 (2010).
- PINHEIRO, Maria José – Competências dos Enfermeiros Perioperatórios. **Revista AESOP**. 8:22 (2007), 17-25.
- PINHEIRO, Maria José – Implicações Éticas e Legais do Não Cumprimento de “Boas Práticas”. **Revista AESOP**. 8:23 (2007), 19-24.
- PIRES, Ana Luísa – **Educação e Formação ao Longo da Vida: Análise Crítica dos Sistemas e Dispositivos de Reconhecimento e Validação de Aprendizagens e de Competências.** Dissertação de Mestrado [Em linha]. Lisboa: Faculdade de Ciências e Tecnologia, 2002. [Consult. 10 Jun. 2014]. Disponível em WWW:<URL:http://www.socialgest.pt/_dlds/EFATESE_FORMACAO-AO-LONGO-

[DA-VIDA.pdf](#)>.

- POOR, Belinda; POIRRIER, Gail – **End of Life Nursing Care**. USA: Jones and Bartlett Publishers and National League for Nursing, 2001. ISBN 0-7637-1421-6
- PROGRAMA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS – **Proposta de Revisão do Programa Nacional de Cuidados Paliativos. Cuidados Continuados, Saúde e Apoio Social** [Em linha]. 2010. [Consult. 4 Nov. 2014]. Disponível em WWW:<URL:<http://www.rncci.mim.saude.pt/sitecollectiondocumento/PNCP>>.
- PRZYLEBSKI, Andrzej *et al.* – **Encyclopedia of Phenomenology**. Dordrecht: Kluwer, 1997. 348-349p. In MELEIS, Alaf – *Theoretical Nursing: Development and Progress*. 5ª ed. Pennsylvania: Wolters Kluwer Health, Lippincott Williams & Wilkins, 2012. ISBN 978-1-60547-211-9
- QUIVY, Raymond; CAMPENHOUDT, Luc Van – **Manual de Investigação em Ciências Sociais**. 2ª ed. Lisboa: Gradiva, 1998. ISBN 972-662-275-1
- REGULAMENTO N.º 122/2011 de 18 de Fevereiro – **Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista**.
- REGULAMENTO N.º 124/2011 de 18 de Fevereiro – **Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica**.
- RUIVO, Alice; FERRITO, Cândida e NUNES, Lucília – *Metodologia de Projecto: Colectânea Descritiva de Etapas*. **Revista Percursos**. ISSN 1646-5067. Nº 15 (2010).
- SERRANO, Maria Teresa – **Desenvolvimento de Competências dos Enfermeiros em Contexto de Trabalho** [Em linha]. Aveiro: Universidade de Aveiro, 2008. [Consult. 4 Jan. 2015]. Disponível em WWW:<URL:http://repositorio.ipsantarem.pt/bitstream/10400.15/91/1/Tese%20PHD_T_Serrano.pdf>.
- SFAP – **Desafios da Enfermagem em Cuidados Paliativos. “Cuidar”: Ética e Práticas**. Loures: Lusociência, 2000. ISBN 972-8383-17-7
- TOMEY, Ann; ALLIGOOD, Martha – **Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra: Modelos e Teorias de Enfermagem**. 5ª ed. Loures: Lusociência, 2004. ISBN 972-8383-74-6
- TWYLCROSS, Robert – **Cuidados Paliativos**. 2ª ed. Lisboa: Climepsi Editores, 2003. ISBN 972-796-093-6

- WERTHER, William; DAVIS, Keith – **Administração de Pessoal e Recursos Humanos**. São Paulo: McGraw Hill, 1983.
- WHITE, Alan – **Epistemology**. In **Dictionary Of Philosophy**. England: Penguin Books, 1999. 174-176p. In MELEIS, Alaf – **Theoretical Nursing: Development and Progress**. 5ª ed. Pennsylvania: Wolters Kluwer Health, Lippincott Williams & Wilkins, 2012. ISBN 978-1-60547-211-9

Apêndices

APÊNDICE 1

(ARTIGO CIENTÍFICO)

INTEGRAÇÃO DE ENFERMEIROS NO BLOCO OPERATÓRIO: O PRIMEIRO PASSO PARA CUIDADOS DE EXCELÊNCIA

Macedo, Rolanda¹; Pereira, Mariana²

RESUMO: Em contexto académico e profissionalizante, foi desenvolvido um Projeto de Intervenção em Serviço (PIS), num Bloco Operatório (BO) Central de um Centro Hospitalar (CH), que teve como temática a integração de novos enfermeiros no BO.

Através da metodologia de trabalho de projeto, composta por cinco etapas - diagnóstico de situação; definição de objetivos; planeamento; execução e avaliação; e divulgação - foi identificado o problema da não sistematização do processo de integração dos enfermeiros no BO.

Com o objetivo de melhorar a qualidade e a segurança das integrações dos novos enfermeiros no BO foi criado e implementado um programa de integração, conseguindo desta forma, otimizar as integrações.

O facto de não existir um programa de integração definido e implementado neste serviço constituiu um problema sentido por toda a equipa de enfermagem, o que lhe conferiu maior importância e premência, no que respeitou à necessidade de resolução.

Palavras-Chave: Enfermagem Médico-Cirúrgica; Competências do Enfermeiro Especialista; Metodologia de Trabalho de Projeto; Integração; Bloco Operatório.

ABSTRACT: In academic and professional education context, we developed an Intervention Project in Service (IPS) in a Central Operating Room (OR) of a Central Hospital (CH), which had as its theme the integration of new nurses in the OR.

Through project work methodology, which consists of five steps - diagnosis of the situation; setting objectives; planning; implementation and evaluation; and divulgation - we identified the problem of a non existing systematization of the integration process, which we present in this article.

In order to improve the quality and safety of integration of new nurses in the OR, it was created and implemented an integration program, achieving, in this way, to optimize the integration.

The fact that there was not an integration program defined and implemented in this service was a problem felt by the whole nursing team, giving it greater importance and urgency, regarding the need for a solution.

Keywords: Medical-Surgical Nursing; Specialist Nurse Skills; Project Work Methodology; Integration; Operating Room.

¹Enfermeira no CHX / Estudante do 3º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica da ESS/IPS, Setúbal, Portugal

²Professora Adjunta na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal, Setúbal, Portugal

INTRODUÇÃO

O tema do PIS parte da observação, em contexto de estágio, da não existência de um programa de integração para os enfermeiros definido e implementado no BO no CHX, o que constituía uma insuficiência sentida por nós e por toda a equipa de enfermagem. Pelo desafio de desenvolver um trabalho original e pela oportunidade de corresponder a uma necessidade prática sentida, a criação de um programa de integração no BO tornou-se o tema central do PIS.

A integração é um processo fundamental para qualquer enfermeiro recém-chegado ao BO e deverá ser encarada como uma fase essencial de aprendizagem e adaptação às várias funções do enfermeiro perioperatório (AESOP, 2006).

A complexidade da Enfermagem Perioperatória ligada ao avanço científico e tecnológico da anestesia e da cirurgia requer uma prática de cuidados só executados por enfermeiros perfeitamente integrados. O processo de integração dos enfermeiros no BO é complexo e visa a aquisição de competências para um desempenho autónomo das atividades específicas neste serviço.

Como membro da equipa multidisciplinar, o enfermeiro de BO tem funções autónomas e interdependentes da restante equipa, nomeadamente no que respeita às funções de enfermeiro de anestesia, enfermeiro circulante, enfermeiro instrumentista e enfermeiro na Unidade de Cuidados Pós Anestésicos.

O instrumento apropriado para otimizar a integração dos novos elementos consiste num plano de integração, com programa e objetivos devidamente especificados e perceptíveis.

O programa de integração permite a adaptação e a ambientação inicial do novo elemento ao ambiente social e físico deve ser feita através de um programa sistemático (Chiavenato, 2006).

Segundo a AESOP (2006), o programa de integração é um processo de adaptação que inclui o conhecimento da estrutura física, do equipamento e seu manuseamento, o inter-relacionamento com as estruturas do serviço e o conhecimento técnico e científico. É um processo dinâmico que envolve o integrador e o integrando, assim como toda a equipa multidisciplinar, permitindo ao integrando aprofundar conhecimentos e adquirir experiência.

Os objetivos gerais do programa de integração do BO são facilitar o processo de integração dos novos enfermeiros e melhorar a qualidade e a segurança das integrações dos enfermeiros. Os objetivos específicos passam por promover a partilha de informação, de forma a que o integrando adquira competências para o desempenho das suas novas funções; ajudar o integrando a consciencializar-se das suas responsabilidades, deveres e direitos como membro do serviço; promover o desenvolvimento pessoal e profissional do novo enfermeiro; melhorar a qualidade dos cuidados prestados; transmitir informações sobre a estrutura e dinâmica do BO; conseguir a melhor integração, no mais curto espaço de tempo; favorecer uma uniformização de atuação; ajudar na orientação da execução das ações; e proporcionar um clima de confiança ao integrando.

A elaboração de um plano de integração será sempre indispensável, para a obtenção das “competências comportamentais – Saber fazer, saber ser e saber estar” – (AESOP 2006). Os conteúdos, bem como o tempo estipulado para a realização e concretização de determinados objetivos em cada uma das funções, não são estanques, devem ser adaptados o mais possível ao novo elemento, pois o ritmo de aprendizagem difere de elemento para elemento.

É muito importante ter em conta se o integrando tem experiência profissional ou não, e, se sim, se é em BO, sendo que o tempo de integração será variável consoante o enfermeiro em integração dependendo dos seus

conhecimentos e competências.

“O programa de integração do bloco operatório deve estar dividido em quatro fases: Acolhimento/Observação; Enfermeiro de Anestesia; Enfermeiro Circulante e Enfermeiro Instrumentista” (AESOP, 2006:290).

Segundo o Procedimento da descrição de funções dos enfermeiros do BO do CHX, a primeira fase, **Acolhimento/Observação**, tem como objetivo a socialização e adaptação do enfermeiro ao BO, pretendendo-se que este conheça a dinâmica organizacional do serviço, as normas e os procedimentos, e as funções que irá desempenhar.

Na segunda fase, **Anestesia**, o enfermeiro presta assistência a todos os clientes sujeitos a procedimentos anestésicos em cirurgia eletiva convencional ou em regime de ambulatório, assim como em situação de urgência ou emergência cirúrgica.

Na terceira fase, **Circulação**, o enfermeiro é responsável por atender às necessidades do cliente, do enfermeiro a instrumentar e da restante equipa cirúrgica, organizando, gerindo e controlando todo o processo que se desenvolve na sala operatória, de modo a que a intervenção cirúrgica se realize nas melhores condições de segurança e eficiência para o cliente e profissionais.

Na quarta fase, **Instrumentação**, a instrumentação cirúrgica ocupa um posto de trabalho de grande diferenciação técnica, pelo que necessita de uma integração cuidada e de uma atualização de conhecimentos permanente.

É indispensável que o enfermeiro integrador possua idoneidade, bons conhecimentos técnicos e científicos, bom desempenho e brio profissional, boa capacidade de planeamento e organização de trabalho e também boa relação interpessoal (AESOP, 2006).

Na procura da qualidade dos cuidados prestados no BO, consideramos fundamental a integração como primeiro passo para cuidados de excelência. Foi com esse pressuposto que partimos para o Diagnóstico de Situação.

DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO

O diagnóstico de situação pretende demonstrar o caminho percorrido para chegar à definição do problema identificado. Segundo Kurcgant (1991), o diagnóstico de situação é feito tendo por base o levantamento das necessidades e a análise de informações do serviço em causa.

“Quando desenvolvemos um projecto no contexto de cuidados de saúde devemos realizar uma análise integrada das necessidades da população, na perspectiva de desenvolver estratégias e acções, concentrando os esforços e aproveitando os recursos disponíveis de forma a fomentar o trabalho em equipa entre os profissionais de saúde e equipa multidisciplinar e promover a capacidade, motivação e autonomia da população” (Ruivo et al., 2010:10).

A área temática a que nos propusemos desenvolver foi a integração dos novos enfermeiros no BO. O facto de não existir um programa de integração definido e implementado no serviço constituiu um problema sentido tanto por nós como por toda a equipa de enfermagem, o que lhe conferiu maior importância e premência, no que respeita à necessidade de resolução.

Por outro lado, vivemos numa fase em que a Instituição se encontra num processo de acreditação de qualidade, pelo que, para se atingir essa qualidade, é necessário que esta zele pelas boas práticas de todos os seus profissionais, em todas as áreas de intervenção e em todos os serviços que a integram.

O enfermeiro de BO necessita de adquirir competências relacionais, cognitivas e técnicas que o habilitem a uma prestação de cuidados de enfermagem específica, cuidando do cliente, de uma forma global e eficaz, antes, durante e após a intervenção cirúrgica, de modo a garantir a qualidade e a segurança dos cuidados de saúde.

A existência de um programa de integração tem como finalidade facilitar não só o trabalho do integrador, mas também proporcionar aos novos profissionais um documento de apresentação do serviço e de planeamento global da sua integração.

O BO não apresentava um programa de integração definido, o que dificultava e comprometia não só o desempenho dos integradores, como também a própria integração dos novos elementos.

A contextualização do problema identificado, a inexistência de um programa de integração dos enfermeiros no BO, baseou-se em técnicas de diagnóstico: a observação, a entrevista, a análise *SWOT* e o questionário.

A observação permite conhecer e compreender a realidade sobre a qual se vai agir. Através dela, foi possível constatar as dificuldades que os integradores e os integrandos tinham, no período de integração, denotando-se alguma ansiedade e desconforto pelo facto de não existir um plano de integração previamente definido.

Por sua vez, na entrevista, cria-se uma relação de interação, gerando-se uma atmosfera de influência recíproca entre quem pergunta e quem responde; tem ainda a vantagem de permitir a apreensão imediata da informação desejada. *“A entrevista é um modo particular de comunicação verbal que se estabelece entre o investigador e os participantes com o objectivo de colher dados relativos às questões de investigação formuladas”* (Fortin, 2009:375).

As entrevistas exploratórias não estruturadas foram realizadas com o coordenador do serviço, com a enfermeira orientadora de estágio e com duas enfermeiras de referência na integração de novos elementos no BO, com o objetivo de recolher algumas informações acerca da integração dos novos enfermeiros. As entrevistas permitiram recolher a opinião destes enfermeiros sobre a importância da existência de um programa de integração no BO. Foram realizados registos escritos com a devida autorização dos entrevistados. Assim, da análise do conteúdo das entrevistas, todos os entrevistados consideraram pertinente o projeto e que a temática em questão era uma necessidade para o serviço. Também deram sugestões para a construção do programa de integração, que tivemos em consideração na fase de planeamento.

Tratando-se de um projeto de intervenção em serviço, utilizamos como ferramenta de gestão a matriz *SWOT*, que permitiu a identificação das debilidades e ameaças (fatores negativos) e das forças e oportunidades (fatores positivos), elementos importantes na etapa de diagnóstico e com contributos para o planeamento do PIS.

Para que fosse possível validar junto da equipa de enfermagem a necessidade de trabalhar a temática “Integração dos Novos Enfermeiros no Bloco Operatório”, construímos um questionário onde estes foram inquiridos acerca desse processo. A população alvo foi o universo dos enfermeiros a exercer funções no BO há menos de 10 anos, num total de 20 elementos. Os procedimentos éticos, designadamente o consentimento livre e esclarecido dos participantes, a confidencialidade e o anonimato foram assegurados.

Dos resultados dos questionários, confirmou-se a não existência de um planeamento do processo de integração. Os novos enfermeiros eram integrados por diferentes enfermeiros, sem um período de tempo previamente estabelecido e sem um levantamento de necessidades de integração. A maioria dos enfermeiros referiu não concordar com a forma como a integração de novos enfermeiros no BO estava a ser praticada, pelo que sugeriram a implementação de um programa de integração estruturado, que incluisse grelhas, com objetivos para cada fase e com o tempo de duração dessas mesmas fases, incluindo avaliações periódicas. Como forma de dar feedback à equipa de enfermagem dos resultados do inquérito e do PIS (na etapa de diagnóstico) foi elaborado um poster colocado na sala de reuniões da equipa de enfermagem.

Os objetivos deste projeto surgiram a partir do diagnóstico de situação e pretenderam dar resposta ao problema identificado.

O PIS, denominado de “Integração: O Primeiro Passo para Cuidados de Excelência”, tem como Objetivo Geral: Melhorar a qualidade e a segurança das integrações dos novos enfermeiros no BO, do CHX. Para alcançar este resultado, foram definidos os seguintes Objetivos Específicos:

- Elaborar revisão bibliográfica em base de dados científicas credíveis sobre a temática Integração;
- Elaborar manual de integração para os novos enfermeiros do BO;
- Elaborar instrumentos de registo do programa de integração;
- Divulgar o projeto na equipa, dinamizando a sua implementação;
- Testar a implementação do programa de integração;
- Elaborar procedimento de integração dos novos enfermeiros do BO;
- Avaliar a implementação do programa de integração.

Para concretizar estes objetivos, foi indispensável um planeamento bem elaborado, organizado e exequível.

PLANEAMENTO

O sucesso de um projeto depende de alguns fatores, entre os quais a necessidade do seu planeamento ser realizado de uma forma objetiva, que facilmente permita o seu desenvolvimento, antecipando o futuro, bem como possíveis preocupações.

É nesta fase que se realiza o levantamento dos recursos necessários, se define as atividades a desenvolver, os elementos do grupo com quem se vai articular a intervenção e as limitações condicionantes do próprio trabalho.



INTEGRAÇÃO DE ENFERMEIROS NO BLOCO OPERATÓRIO

Rolanda Macedo 1, 2; Maria do Céu Rebelo 2; Mariana Pereira 3
 1 Estudante do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica da ESS/IPS / 2 Enfermeira no Centro Hospitalar de Setúbal, Setúbal, Portugal / 3 Professora da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal, Setúbal, Portugal

INTRODUÇÃO
 A integração é um processo fundamental para qualquer enfermeiro recém-chegado ao bloco operatório e deverá ser encarada como uma fase essencial de aprendizagem e adaptação às várias funções do enfermeiro perioperatório.
 A frequentar o 3º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, encontramos-nos em estágio e do mesmo faz parte a realização de um Projeto de Intervenção em Serviço, que tem como temática “Integração dos Enfermeiros no Bloco Operatório” e está a ser desenvolvido num bloco operatório central de um Hospital Distrital.

OBJETIVO
 Refletir sobre a importância de um programa de integração bem definido e estruturado na integração dos enfermeiros no bloco operatório, apoiado nos resultados obtidos.

METODOLOGIA
 Encontramo-nos a realizar a primeira etapa do projeto – Diagnóstico de Situação. O diagnóstico de situação é feito tendo por base o levantamento das necessidades e a análise de informações do serviço em causa.
 Para que fosse possível validar junto da equipa de enfermagem a necessidade de trabalhar a temática “Integração dos Enfermeiros no Bloco Operatório” foi elaborado um questionário, onde os elementos daquela foram inquiridos acerca desse processo. No presente poster apresenta-se a divulgação da análise dos questionários.

RESULTADOS

CONSIDERAÇÃO IMPORTANTE A CRIAÇÃO E A IMPLEMENTAÇÃO DE UM PLANO DE INTEGRAÇÃO?

Benefício: Uma mais-valia
 Extremamente necessário
 Muito importante
 De extrema importância
 Urgente
 Essencial
 Improrrogável

UNIFORMIZAÇÃO
 Uniformiza a integração dos enfermeiros.
ORIENTAÇÃO
 Orienta o enfermeiro para a integração.
PLANO DE INTEGRAÇÃO
 “Trabalha com objetivos, avaliações e a tempo de duração de cada fase.”
PLANEAMENTO
 “Impede que a integração seja interrompida sempre que haja falta de pessoal.”

CONCLUSÃO
 A integração é determinante no sucesso da adaptação do profissional à organização e consequentemente no seu desempenho profissional, pois ao enfermeiro que inicia funções no bloco operatório, embora tenha, na maioria dos casos, experiência profissional, ainda falta o sentimento de pertença elétrica e afetiva à organização e ao local de trabalho, bem como a segurança, que só lhe poderá ser proporcionada se lhe for feita uma adequada integração.
 O facto de não existir um programa de integração definido e implementado neste serviço constitui um problema sentido por todos os enfermeiros que responderam ao questionário, o que lhe confere maior importância e consistência, no que respeita à necessidade de resolução.

Referências
 1. Integrar – Enfermagem Perioperatória. Da Filosofia à Prática dos Cuidados. [s.l.]: Elsevier, Lda, 2009. ISBN 978-95-900-105-4.
 2. CUNHA SANTO, Inês. Integração – Recursos Humanos. 3ª edição. São Paulo: Editora Atlas, 1991. p. 101-230.
 3. FREDERICO, Manuel; LEMOS, Maria dos Anjos. Princípios de Administração para Enfermeiros. Coimbra: Formare, 1999. ISBN 972-5465-09-3.

A utilização e escolha das atividades, meios e estratégias a realizar coadunam diretamente com os objetivos previamente alicerçados.

É de salientar a necessidade de se definir os indicadores de avaliação concomitantemente com as atividades e estratégias a desenvolver para realizar uma avaliação do progresso do trabalho e, deste modo, aferir se a estratégia utilizada é a adequada para atingir o objetivo.

EXECUÇÃO

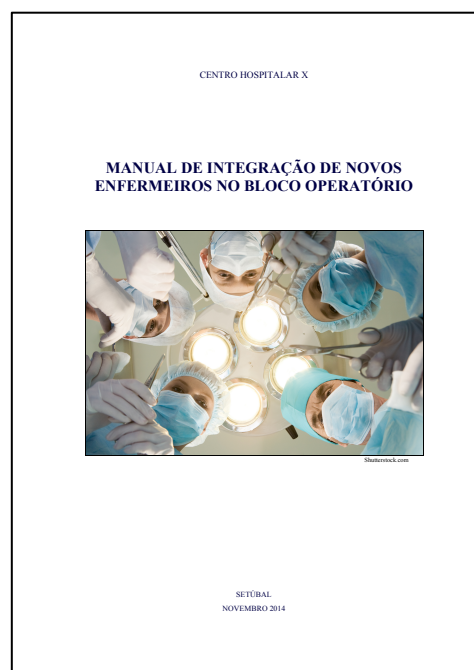
“A etapa da Execução da Metodologia de Projecto materializa a realização, colocando em prática tudo o que foi planeado” (Ruivo *et al.*, 2010:23). As mesmas autoras referem que esta fase assume uma importância significativa para os intervenientes do projeto porque permite a realização das suas vontades e necessidades através das ações planeadas.

A etapa da Execução do nosso projeto ocorreu de forma natural ao longo do tempo e conforme planeado. Foram executadas as atividades programadas para atingir os objetivos traçados para o PIS: Revisão Bibliográfica; Elaboração do Manual de Integração dos Novos Enfermeiros no BO; Elaboração dos Respetivos Instrumentos de Registo do Processo de Integração; Divulgação do Projeto; Testar a Implementação do Programa de Integração; Elaboração do Procedimento de Integração e Avaliação do Programa.

A Revisão Bibliográfica é necessária ao longo de qualquer projeto. Construimos uma síntese coerente com todos os dados pesquisados.

A Elaboração do Manual de Integração dos Novos Enfermeiros no BO é importante porque o Manual é um instrumento de comunicação que contém uma coletânea de informações/atividades a realizar, facilitadoras do processo de integração e ou de aprendizagem. O Manual não pretende substituir o papel desempenhado pelos elementos integradores, devendo ser encarado como um complemento dos mesmos, auxiliando na dissipação de dúvidas e na minimização das consequências deste processo. Permitirá ao integrando encontrar padrões de atuação e ainda encontrar os caminhos necessários para o seu desenvolvimento no serviço.

A Elaboração dos Respetivos Instrumentos de Registo do Programa de Integração foram criados e incluídos no Manual. No primeiro dia, o integrando deverá preencher um formulário de caracterização da sua experiência profissional e uma ficha de diagnóstico de admissão/integração. No final de cada fase do programa de integração, é realizada uma avaliação formativa com registo em documento próprio, de forma a que seja possível a avaliação dos objetivos delineados para cada fase e transitar para a fase seguinte. Terminado o programa de integração, o integrando deve realizar a sua autoavaliação, verificando a eficácia do programa e identificando a necessidade de introduzir medidas corretivas, que facilitem a integração de futuros profissionais.



AVALIAÇÃO DO PROGRAMA DE INTEGRAÇÃO	
Terminado o programa de integração, pretende-se que o integrando realize a sua avaliação. Esta tem como objetivo, verificar a eficácia do Plano e identificar a necessidade de introduzir medidas corretivas, que facilitem a integração de futuros profissionais. Realize a sua avaliação, segundo a escala de 1 a 5, sendo 1, o nível mais baixo e 5, o nível mais elevado.	
Seja o mais objetivo e sincero.	
1 – O Programa de integração deu resposta às suas expectativas?	1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 _____
2 – Considera que os conteúdos abordados foram os adequados?	1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 _____
3 – Considera importante o suporte teórico fornecido pelo integrador?	1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 _____
4 – O tempo de integração preconizado para o desenvolvimento do programa foi adequado?	1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 _____
5 – Considera suficiente a informação fornecida, na fase de Observação?	1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 _____
6 – Como considera o empenho do seu integrador, face à resposta das suas necessidades?	1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 _____
7 – Como avalia o apoio transmitido pela equipa de enfermagem?	1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 _____

A Divulgação do Projeto é decisiva para o sucesso do projeto e foi feita através de duas ações de formação, de forma a abranger toda a equipa. As sessões foram planeadas e divulgadas adequadamente, e construímos material de suporte para a formação.

Um dos princípios que procurámos manter em todo o projeto foi a partilha e o envolvimento de todos os intervenientes no mesmo, pois acreditamos que quando as pessoas fazem parte do projeto ficam mais interessadas e motivadas, o que contribui positivamente para o sucesso de toda a intervenção.

Testar a Implementação do Programa de Integração, de forma a validar se o programa facilita o trabalho do integrador e proporciona aos novos profissionais um documento de apresentação do serviço e de planeamento global da sua integração, verificando a eficácia do

programa e identificando a necessidade de introduzir medidas corretivas, que facilitem a integração dos novos enfermeiros.

O programa de integração elaborado foi testado e implementado como planeado, sem contratempos e reajustamentos, em 3 elementos em integração.

A Elaboração do Procedimento de Integração foi feita após a validação da implementação do programa e enviado ao Gabinete de Qualidade, conforme circuitos internos. Foi apresentado o procedimento à equipa de enfermagem, numa sessão de formação, de forma a todos terem conhecimento do mesmo. Todas as sugestões dadas pela equipa foram devidamente valorizadas, analisadas e discutidas com o coordenador do serviço, e integradas no procedimento.

A Avaliação do Programa é importante porque o integrando e o integrador realizam a sua avaliação, verificando a eficácia do programa e identificando a necessidade de introduzir medidas corretivas, que facilitem a integração de futuros profissionais.

AVALIAÇÃO

A avaliação deve ser feita ao longo do percurso desenvolvido de forma a contribuir para a elaboração da avaliação final globalizante (Leite *et al.*, 2001). Porque todo o programa de integração tem uma duração mínima de 6 meses, não foi possível que nenhum dos novos elementos terminasse o programa, tendo desta forma optado por realizar avaliações intermédias do processo de integração com os três novos elementos e os seus

Procedimento de Integração de Novos Enfermeiros no Bloco Operatório Central do CHX		Data de entrada em vigor: _____ Versão: X _____ Próxima revisão: _____ Cód. Documento: PS.VVVV.00
1. Objetivo Garantir a existência de um documento, no qual se encontre identificado um conjunto de orientações a adotar durante a integração de novos enfermeiros no Bloco Operatório Central (BOC) do Centro Hospitalar X. Contribuir para a melhoria do processo de integração de novos elementos, no BOC do CHX.		
2. Campo de aplicação Este procedimento aplica-se a todos os enfermeiros que iniciem atividades no BOC.		
3. Siglas, abreviaturas e definições AESOP – Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portuguesas BOC – Bloco Operatório Central CA – Conselho de Administração CHX – Centro Hospitalar X UCA – Unidade de Cirurgia de Ambulatório UCI – Unidade de Cuidados Intensivos UCPA – Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos UE – Unidade de Esterilização		
4. Referências CHKS, Programa de Acreditação Internacional para Organizações Prestadoras de Cuidados de Saúde: Normas para a Acreditação, 4ª Edição, Versão 01 (Julho 2013); critérios 52.41, 52.43. AESOP – Enfermagem Perioperatória: Da Filosofia à Prática dos Cuidados. Loures: Lusodidacta, 2012. ISBN: 978-972-8930-16-5. Manual de Políticas e Procedimentos do CHX – Procedimento "RHU.04". Disponível na intranet.		

integradores, de acordo com a fase do programa em que se encontravam.

Desta avaliação, resulta o consenso de que o programa responde às suas expectativas, os conteúdos abordados até à data são adequados, é importante realizar as avaliações formativas, o tempo preconizado para as fases do programa é adequado e os objetivos preconizados para a fase do programa onde se encontram foram atingidos.

CONCLUSÃO

A integração é determinante para o sucesso da adaptação do profissional à organização e consequentemente para o seu desempenho profissional, pois ao enfermeiro que inicia funções no BO, embora tenha, na maioria dos casos, experiência profissional, ainda falta o sentimento de pertença efetiva e afetiva à organização e ao local de trabalho, bem como a segurança, que só lhe poderá ser proporcionada se lhe for feita uma adequada integração (Frederico e Leitão, 1999).

Refletindo sobre o percurso realizado durante o diagnóstico, o planeamento, a execução, a avaliação e a divulgação do PIS, podemos afirmar que o resultado final deste projeto superou as nossas expectativas e que contribuiu determinantemente para atingir o grande objetivo deste projeto: melhorar a qualidade e a segurança das integrações dos novos enfermeiros no BO.

Enquanto projeto de melhoria contínua, utilizando a metodologia de trabalho de projeto e respeitando os aspetos éticos e deontológicos, o PIS assumiu-se como ferramenta fundamental para o nosso desenvolvimento pessoal e profissional.

Sob o ponto de vista do contributo científico que, com humildade, pensamos ter deixado, gostaríamos de destacar a abertura de uma janela de oportunidade para uma pertinente investigação, que lançamos como repto para futuros investigadores, ou, quem sabe, um nosso futuro projeto: Identificada a inexistência de um acompanhamento sistematizado dos familiares de pessoas submetidas a intervenções cirúrgicas no BO do CHX, demonstra ser útil e necessário o desenvolvimento de um projeto de criação do seu respetivo Procedimento.

BIBLIOGRAFIA

- AESOP (2006). *Enfermagem Perioperatória: Da Filosofia à Prática dos Cuidados*. Loures: Lusodidacta. ISBN 972-8930-16-X.
- Frederico, M., & Leitão, M.A. (1999). *Princípios de Administração para Enfermeiros*. Coimbra: Formasau. ISBN 972-8485-09-3.
- Chiavenato, I. (2006). *Recursos Humanos: O Capital Humano das Organizações*. 8ª Ed. São Paulo: Editora Atlas. ISBN 85-224-3873-0.
- Kurcgant, P. (1991). *Administração em Enfermagem*. São Paulo: Editora Pedagógica e Universitária Lda. ISBN 85-12-12470-9.
- Fortin, M.F. (2009). *Fundamentos e Etapas do Processo de Investigação*. Loures: Lusodidacta, 2009. ISBN 978-989-8075-18-5.
- Leite, Malpique & Santos (2001). *Trabalho de Projecto: Aprender por Projectos Centrados em Problemas*. 4ª ed. Porto: Edições Afrontamento. ISBN 972-36-0216-4.
- Ruivo, Ferrito & Nunes (2010). *Metodologia de Projecto: Colectânea Descritiva de Etapas*. Revista Percursos, nº 15. ISSN 1646-5067.

APÊNDICE 2

(CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO DE ESTÁGIO)

CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO DE ESTÁGIO

O serviço onde foram realizados os estágios para o desenvolvimento do PIS e do PAC foi o BO do CHX.

O CHX tem como objetivos:

- Implementar um Programa de qualidade e obter a Acreditação pelo Sistema *Health Quality Service*.
- Melhorar os níveis de qualidade organizacional e de humanização dos serviços e promover a acessibilidade aos cuidados de saúde em articulação com os centros de saúde.
- Consolidar a produção clínica e desenvolver a atividade em ambulatório.
- Melhorar a eficiência, adotando formas de organização que potenciem a otimização de recursos e contribuam para garantir a sustentabilidade da organização.
- Desenvolver uma política de gestão de recursos humanos, de formação profissional e de comunicação que contribua para a melhoria organizacional e a satisfação dos profissionais.

O CHX trabalha para ser reconhecido como uma Instituição de referência no desenvolvimento de técnicas eficientes e inovadoras no tratamento em ambulatório e internamento. Pretende diferenciar-se pela sua especificidade e acessibilidade, pelo compromisso com o cliente, assumindo-se como centro de elevada competência na organização assistencial e no desenvolvimento e inovação na prestação de cuidados de saúde.

O CHX tem como missão a promoção da saúde a todos os cidadãos no âmbito das responsabilidades e capacidades dos hospitais que o compõem, prestando cuidados especializados, com respeito pela dignidade dos clientes, e estimulando o desenvolvimento profissional dos seus colaboradores, num quadro de qualidade, eficiência e eficácia organizativa.

O BO funciona desde abril de 1998 e atualmente é coordenado pelo Sr. Enfermeiro MF, sendo a Diretora de Serviço a Sr.^a Dr.^a RE. Situa-se no primeiro piso do edifício novo do CHX.

É constituído por uma equipa multidisciplinar: administrativas, enfermeiros, médicos, assistentes operacionais e empregadas de limpeza – a sua cooperação é essencial. A

capacidade de trabalho de uma equipa depende da cooperação entre todos os elementos, sendo essa a mola necessária a uma boa rentabilidade e a uma melhoria dos cuidados de saúde prestados.

A arquitetura do BO é pensada em função do controlo de infeção. Deve também proporcionar um ambiente seguro e confortável para o cliente e para todos os profissionais que aí trabalham.

As salas de operação, assim como as outras áreas do BO, estão desenhadas de forma a manter a máxima segurança do cliente.

São instalações do BO o conjunto de salas de operações e estruturas adjacentes, que se consideram integradas em três áreas de acessibilidade diferentes:

- Área Livre: Área de acesso livre, onde é permitida a circulação sem farda própria do BO. São as zonas de entrada e recepção de clientes, vestiários e zona de recepção de sujos.
- Área Semi-restrita: Área envolvente das salas operatórias, onde circula o cliente e o material contaminado, devendo-se utilizar o fardamento próprio, com touca, mas sem necessidade de máscara. São os corredores periféricos, salas de arrumos, farmácia, secretariado, sala de relatórios, sala de estar e repouso, salas de chefia, sala de reuniões, UCPA e áreas adjacentes do Ambulatório.
- Área Restrita: Área de acesso limitado, sendo obrigatório o respeito pelas normas de assepsia e controlo universal de infeção. É composta pelo corredor central e as salas operatórias, sendo nestas obrigatório o uso de máscara.

O BO é constituído por seis salas operatórias; quatro funcionam com cirurgia programada convencional, uma sala de urgência e uma sala para Cirurgia de Ambulatório.

Existe uma sala de pré-anestesia para cada duas salas de cirurgia convencional, excepto a sala de urgência e o ambulatório, que têm sala de pré-anestesia individual.

A UCPA situa-se dentro do espaço físico do BO mas funciona como serviço independente, com chefia e equipa de enfermagem próprias e está sob a direção e a responsabilidade do departamento de Anestesiologia. Esta unidade tem uma ocupação de seis camas, onde os clientes permanecem durante o tempo necessário pós intervenção anestésica/cirúrgica, sendo posteriormente transferidos para o serviço de internamento/urgência.

A Unidade de Cirurgia Ambulatória é designada no regulamento interno do CHX como uma unidade do tipo-satélite/integrada, porque se serve de estruturas já existentes,

partilhando espaço físico e recursos humanos do BO. Tem uma unidade de recobro imediato com três camas para clientes submetidos a anestesia, e uma unidade de recobro tardio para recuperação pós cirurgia e posterior alta para o domicílio e em situações pontuais de internamento nos serviços (pernoita).

A equipa de enfermagem assegura o funcionamento do BO nas 24 horas, dividido em três turnos (Manhã: 8h-16h30, Tarde: 16h-23h30 e Noite: 23h-8h30).

Nos turnos da manhã realizam-se cirurgias programadas convencionais e ambulatoriais, cirurgias de urgência e emergência. Nos turnos da tarde e da noite realizam-se cirurgias de urgência e emergência.

As especialidades cirúrgicas existentes são: Cirurgia Geral, Cirurgia Pediátrica, Cirurgia Plástica, Estomatologia, Ginecologia, Obstetrícia, Oftalmologia, Ortopedia, Otorrinolaringologia e Urologia.

Sendo o BO um serviço complexo, dentro da organização hospitalar reveste-se de grande importância a adequação dos funcionários a este meio específico.

Relativamente aos recursos humanos no BO, coexistem dois tipos de populações distintas, sendo que uma se refere aos utilizadores (cirurgiões, anestesistas e técnicos) e outra aos residentes (enfermeiros, assistentes operacionais e secretariado).

Os funcionários residentes são constituídos por 5 secretárias, 25 assistentes operacionais e 44 enfermeiros. Os enfermeiros encontram-se distribuídos por 5 equipas, constituídas por 3 elementos, que praticam horário por turnos e a restante equipa pratica horário fixo (Manhãs).

APÊNDICE 3

(ANÁLISE SWOT)

ANÁLISE SWOT

STRONGNESS **(Pontos Fortes)**

- Equipa jovem e dinâmica
- Existência de enfermeiros de referência na integração de novos elementos
- Enfermeiros autónomos, seguros e confiantes
- Reconhecimento da necessidade de um programa de integração pelo coordenador do serviço e elementos de referência na integração de enfermeiros
- Enfermeiros com competências relacionais, cognitivas e técnicas
- Projeto de intervenção em serviço

WEAKNESS **(Pontos Fracos)**

- Ausência de um programa de integração
- Eventual resistência à mudança
- Existência de 9 valências cirúrgicas
- São necessários 22 enfermeiros para o funcionamento do BO
- Espaço físico fechado
- Integrador deve ter características definidas
- Interrelacionamento com outros profissionais que integram a equipa cirúrgica
- Equipa de enfermagem em número insuficiente
- Possibilidade de resistência a um programa de integração por parte dos enfermeiros integradores
- Percentagem elevada de absentismo

OPORTUNITIES **(Oportunidades)**

- Criação de um programa de integração de raiz
- Melhor integração, maior qualidade e segurança nos cuidados
- Aumento do nível de satisfação da equipa de enfermagem
- Melhor acompanhamento dos novos elementos
- Cumprir critérios de qualidade - Acreditação da Instituição
- Integrador deve ter características definidas
- Contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados
- Responder às orientações previstas no âmbito da integração de enfermeiros em BO

THREATS **(Ameaças)**

- Desmotivação dos enfermeiros
- Falta de colaboração do coordenador do serviço no projeto
- Complexidade da integração dos enfermeiros no BO
- A integração dos enfermeiros no BO, segundo as diretrizes da AESOP, deve ter a duração de 1 ano
- Atual conjuntura económica do País
- Constrangimentos orçamentais
- Critérios para a colocação dos enfermeiros no BO
- Burocracia associada à implementação do PIS

APÊNDICE 4

(QUESTIONÁRIO)

Cara(o) Colega

Como estudante do 3º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal, orientada pela Professora Mariana Pereira, encontro-me a realizar Estágio e do mesmo faz parte a realização de um Projeto de Intervenção em Serviço.

Encontro-me a realizar a primeira Etapa – Diagnóstico de Situação, pelo que pretendo validar junto da equipa de enfermagem a necessidade de trabalhar a temática “Integração dos Enfermeiros no Bloco Operatório”. Neste sentido, venho solicitar a sua colaboração como enfermeiro do serviço, no preenchimento deste questionário. É importante que responda a todas as questões, de forma a não invalidar os resultados.

O questionário é anónimo, pelo que não deve assinar nem rubricar. Os dados recolhidos serão utilizados exclusivamente neste âmbito académico.

Grata pela sua colaboração.

Setúbal, 28 de abril de 2014

Rolanda Macedo

QUESTIONÁRIO CONFIDENCIAL

1. Caracterização da Amostra

1.1. Qual o seu tempo de exercício profissional?

1.2. Qual o seu tempo de exercício profissional no bloco operatório?

1.3. Já tinha experiência de bloco quando iniciou funções neste serviço? Se sim, de quanto tempo?

2. Integração no Bloco Operatório

Segundo as diretrizes da AESOP, o programa de integração no bloco operatório deve ser estruturado em 4 fases devido à complexidade e especificidade dos procedimentos que são realizados.

2.1. Qual foi a duração do seu período de integração na primeira fase: Acolhimento/Observação?

2.2. Qual foi a duração do seu período de integração na segunda fase: Enfermeiro de Anestesia?

2.3. Qual foi a duração do seu período de integração na terceira fase: Enfermeiro Circulante?

2.4. Qual foi a duração do seu período de integração na quarta fase: Enfermeiro Instrumentista?

2.5. Como foi integrado no bloco operatório?

Por um enfermeiro (nas 4 fases) _____ ☐

Por dois enfermeiros (um na primeira e segunda fases e outro na terceira e quarta fases) _____ ☐

Por três ou mais enfermeiros (nas 4 fases) _____ ☐

3. Plano de Integração para Enfermeiros de Bloco Operatório

3.1. A AESOP preconiza que a integração dos enfermeiros no bloco operatório deve seguir um plano de integração. Apesar de não existir um plano de integração neste serviço, qual a sua opinião acerca da necessidade de criação de um plano de integração formal?

3.2. Na sua opinião, o que poderia melhorar no processo de integração de novos enfermeiros no bloco operatório?

3.3. Gostaria de acrescentar alguma consideração/sugestão sobre este assunto?

Muito Obrigada,

Rolanda Macedo

APÊNDICE 5

(PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO AO CHX)

Exma. Sr.^a
Enfermeira Diretora do
CHX

Rolanda Meneses Oliveira Macedo, Enfermeira Graduada a exercer funções no bloco operatório desta Instituição, encontra-se a frequentar o 3º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal e a realizar Estágio no bloco operatório.

Vimos por este meio solicitar a V. Ex.^a a autorização para a aplicação de um questionário à equipa de enfermagem, que juntamos em anexo, no âmbito de um Projeto de Intervenção em Serviço, subordinado ao tema “Integração de Enfermeiros no Bloco Operatório: O Primeiro Passo para Cuidados de Excelência”, sob orientação da Professora Mariana Pereira.

Encontra-se a realizar a primeira etapa do Projeto – Diagnóstico de Situação, pelo que, com a aplicação do questionário, pretende validar-se junto da equipa de enfermagem do bloco operatório, a necessidade de trabalhar a temática “Integração dos Enfermeiros no Bloco Operatório”. Comprometemo-nos a assegurar os procedimentos éticos de aplicação do questionário, designadamente o consentimento livre e esclarecido dos participantes, a confidencialidade e o anonimato.

A data que propomos para a aplicação dos questionários é na semana de 28 de abril a 2 de maio do corrente ano. Os dados recolhidos do questionário serão utilizados exclusivamente neste âmbito.

Encontramo-nos disponíveis para eventuais esclarecimentos, se assim o considerar necessário. Mais informo que a Enfermeira Céu Relvas é a orientadora responsável pelo Estágio no bloco operatório.

Sem outro assunto de momento e gratas pela disponibilidade e atenção, apresentamos os melhores cumprimentos.

Setúbal, 11 de Abril de 2014

Atenciosamente,

(Professora Mariana Pereira)

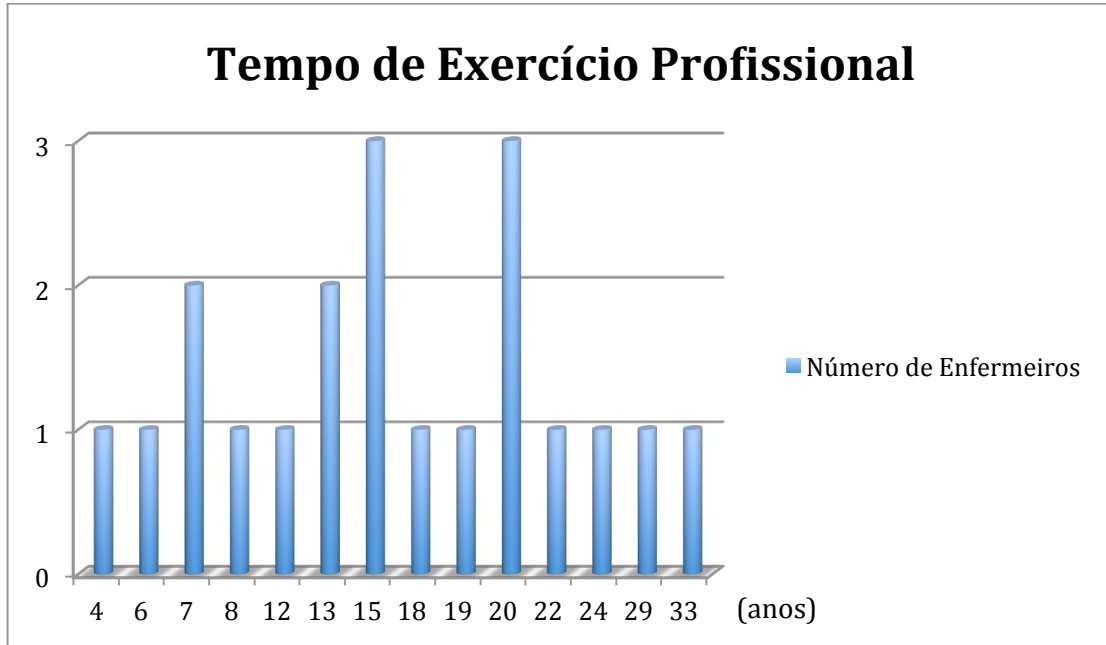
(Enf.^a Rolanda Macedo)

APÊNDICE 6

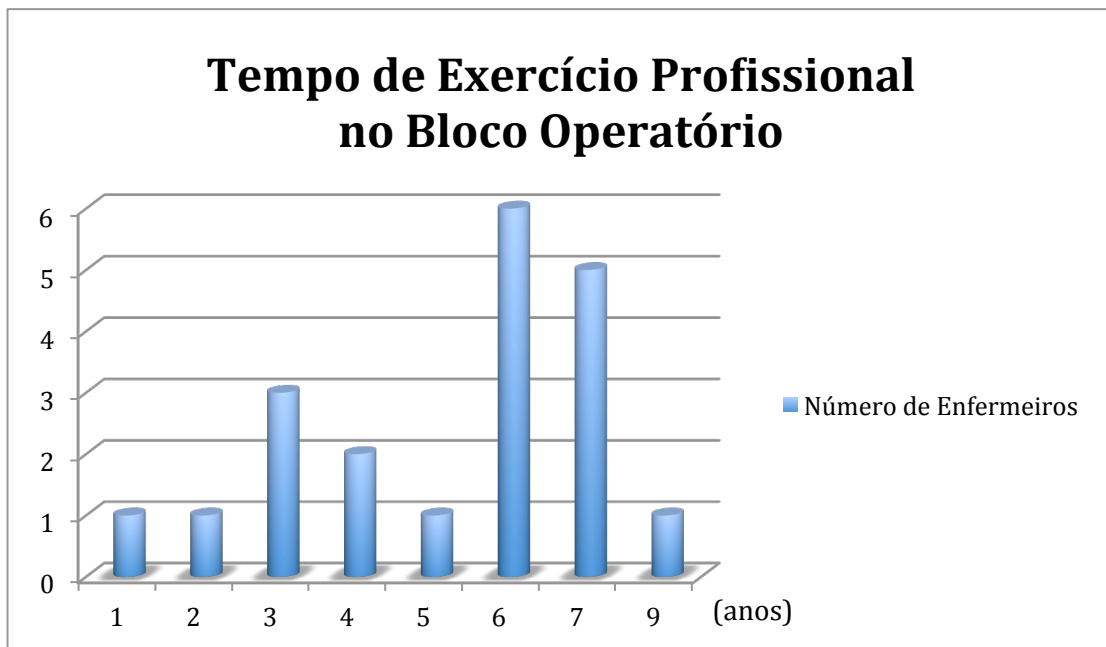
(RESULTADOS DOS QUESTIONÁRIOS)

Caracterização da Amostra

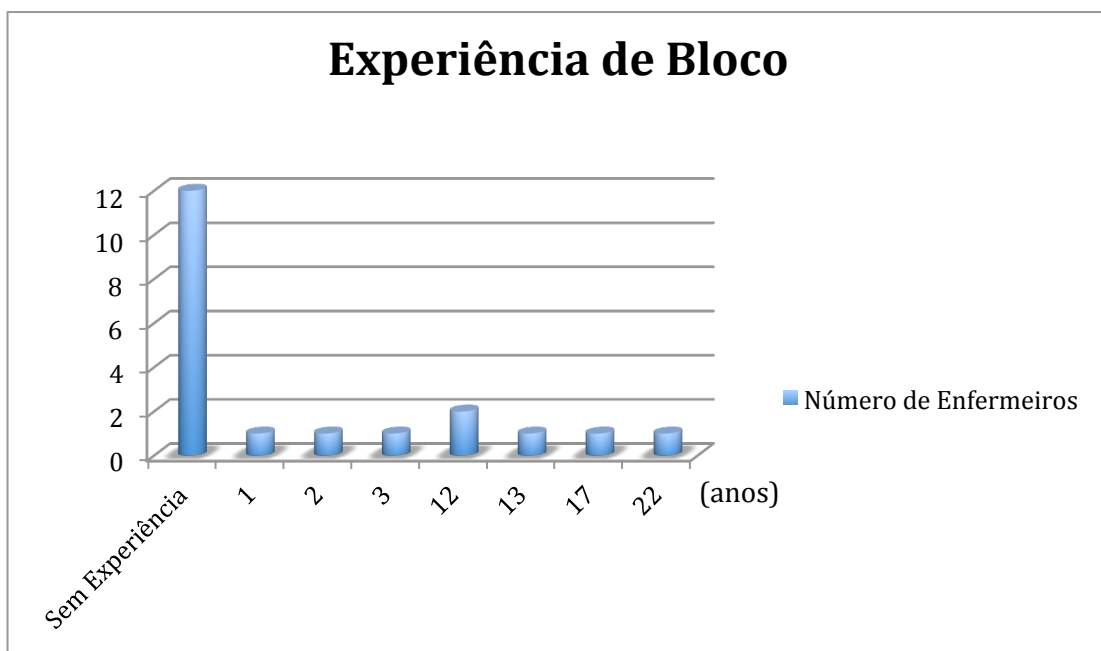
Qual o seu tempo de exercício profissional?



Qual o seu tempo de exercício profissional no bloco operatório?



Já tinha experiência de bloco quando iniciou funções neste serviço? Se sim, de quanto tempo?

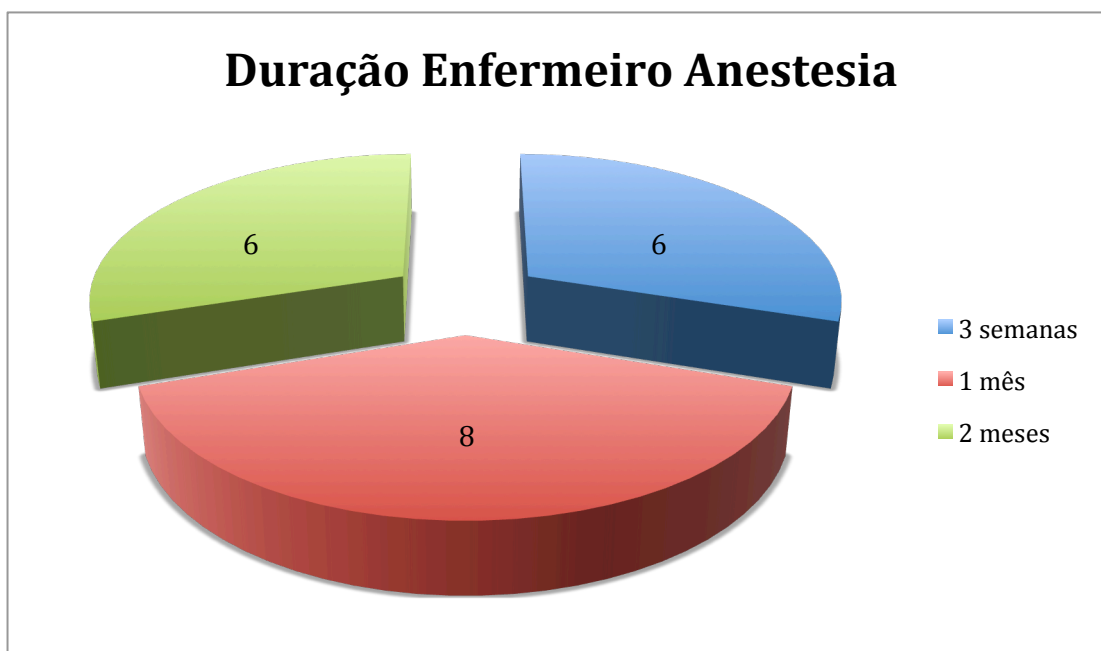


Integração no Bloco Operatório

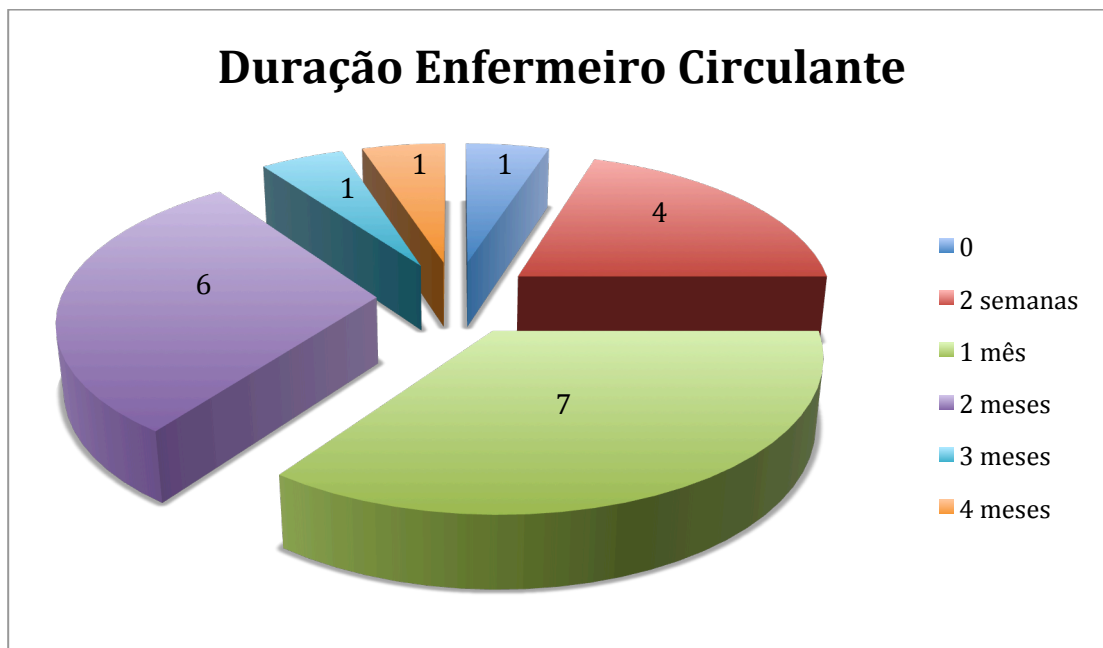
Qual foi a duração do seu período de integração na primeira fase: Acolhimento/Observação?



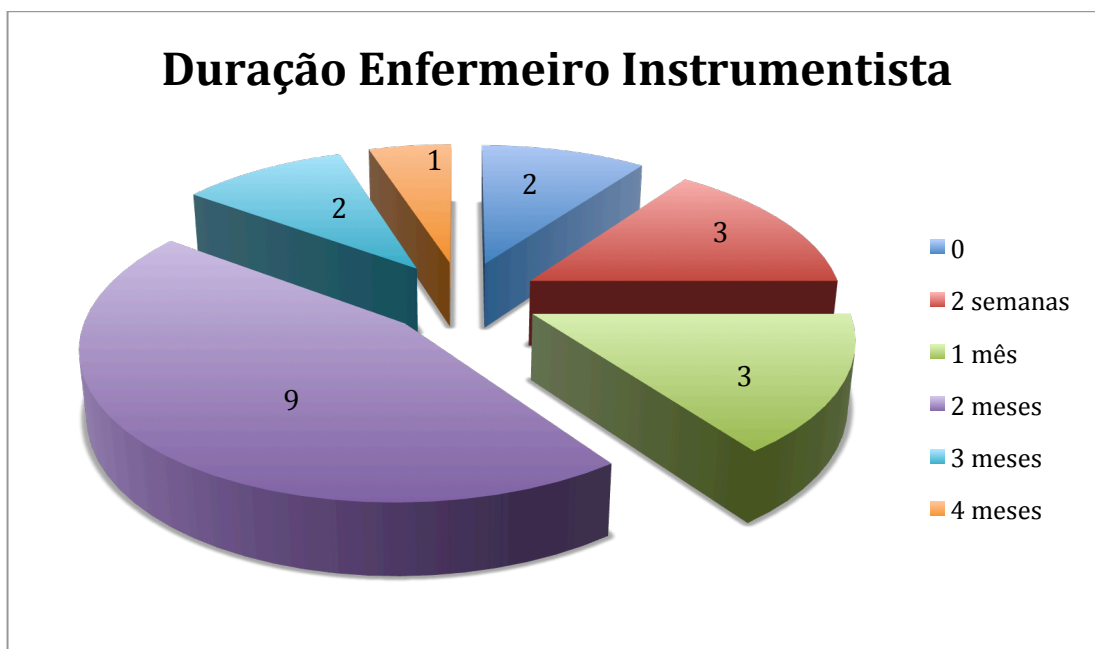
Qual foi a duração do seu período de integração na segunda fase: Enfermeiro de Anestesia?



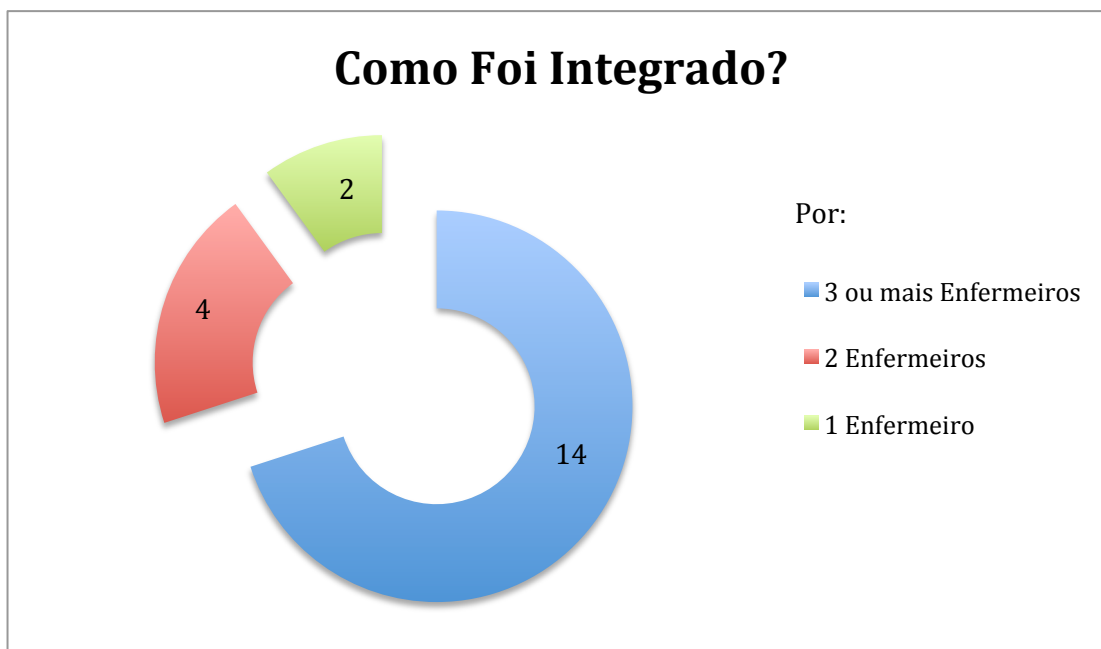
Qual foi a duração do seu período de integração na terceira fase: Enfermeiro Circulante?



Qual foi a duração do seu período de integração na quarta fase: Enfermeiro Instrumentista?



Como foi integrado no bloco operatório?



Plano de Integração para Enfermeiros de Bloco Operatório

Apesar de não existir um plano de integração neste serviço, qual a sua opinião acerca da necessidade de criação de um plano de integração formal?

“Essencial; uma mais-valia; urgente; de extrema importância; muito importante; extremamente necessário; importante; útil; imprescindível; faz sentido; benéfico.”

Razões:

- *“Uniformiza a integração dos enfermeiros.”*
- *“Indicador de avaliação.”*
- *“O enfermeiro que está em integração deve ter conhecimento dos objetivos que tem de atingir.”*
- *“Obtenção do feedback do enfermeiro que está em integração e do integrador.”*
- *“As integrações têm sido feitas sem traçar um plano inicial e sem realizar avaliações.”*
- *“Permite as mesmas oportunidades a todos os enfermeiros.”*
- *“A integração assentará nos mesmos princípios para todos os enfermeiros.”*
- *“Instrumento/ferramenta de orientação para os novos enfermeiros.”*
- *“Permite a avaliação final em cada uma das quatro fases preconizadas.”*

O que poderia melhorar no processo de integração de novos enfermeiros no bloco operatório?

- *“Integração metódica, de acordo com as características e necessidades do elemento a ser integrado.”*
- *“Não existir quebras na integração.”*
- *“Existir avaliações no final de cada uma das quatro fases da integração.”*
- *“Criação de um plano de integração.”*
- *“Existir um tempo definido para as fases da integração.”*
- *“Não se deveria fazer a integração nas Especialidades, sem que a integração base estivesse concluída.”*
- *“A integração nas Especialidades deveria ser feita pelos responsáveis de área.”*
- *“A escolha do enfermeiro integrador não deve ser feita ao acaso, mas sim baseada nas competências científicas, técnicas e relacionais.”*
- *“Ser o mesmo enfermeiro na 1ª e 2ª fases a integrar e outro enfermeiro na 3ª e 4ª fases, ou, simplesmente, um enfermeiro nas quatro fases.”*

Considerações/Sugestões

- *“Criar e implementar um plano de integração formal.”*
- *“O plano de integração deverá incluir grelhas com objetivos para cada fase e o tempo de duração dessas mesmas fases. Deve incluir avaliações periódicas.”*
- *“Evitar que o elemento em integração conte como elemento, sem que esteja integrado nas quatro fases preconizadas na integração dos enfermeiros do bloco operatório. Assim, impede que a integração seja interrompida sempre que haja falta de pessoal.”*
- *“A integração nas Especialidades deve manter os mesmo períodos de tempo e a mesma forma de integração, sendo os enfermeiros integradores competentes nessas Especialidades. Não esquecer a integração das cesarianas, por exemplo, integração no bloco de partos.”*

Resultados:

PLANO DE INTEGRAÇÃO



- *“Uniformiza a integração dos enfermeiros.” (UNIFORMIZAÇÃO)*
- *“Permite traçar um plano inicial de integração.” (SISTEMATIZAÇÃO)*
- *“Inclui grelhas com objetivos, avaliações e o tempo de duração de cada fase.” (AVALIAÇÃO)*
- *“Instrumento/ferramenta de orientação.” (ORIENTAÇÃO)*
- *“Evita que o enfermeiro em integração conte como elemento, sem que tenha passado por todas as fases delineadas no plano.” (FORMALIZAÇÃO)*
- *“Impede que a integração seja interrompida sempre que haja falta de pessoal.” (PLANEAMENTO)*



PROMOVE



**A QUALIDADE E A SEGURANÇA DAS INTEGRAÇÕES DOS ENFERMEIROS NO
BLOCO OPERATÓRIO**

APÊNDICE 7

(FICHA DE PLANEAMENTO DO PIS)

PLANEAMENTO DO PIS	
Estudante: Rolanda Meneses Oliveira Macedo	Orientador: Enf.ª Maria do Céu Relvas
Instituição: Hospital X	Serviço: Bloco Operatório Central
Título do Projeto: Integração de Enfermeiros no Bloco Operatório: O Primeiro Passo para Cuidados de Excelência	
Objetivos (geral e específicos, centrados na resolução do problema. Os objetivos terão que ser claros, precisos, exequíveis e mensuráveis, formulados em enunciado declarativo, <u>já discutidos com o professor e o orientador</u>):	
<u>OBJETIVO GERAL</u> ✓ Melhorar a qualidade e a segurança das integrações de novos enfermeiros no BO, do Hospital X	
<u>OBJETIVOS ESPECÍFICOS</u> ✓ Elaborar revisão bibliográfica em base de dados científicas credíveis sobre a temática Integração; ✓ Elaborar manual de integração para os novos enfermeiros do BO; ✓ Elaborar instrumentos de registo do programa de integração; ✓ Divulgar o projeto na equipa, dinamizando a sua implementação; ✓ Testar a implementação do programa de integração; ✓ Elaborar procedimento de integração dos novos enfermeiros do BO; ✓ Avaliar a implementação do programa de integração.	
Identificação dos profissionais do serviço com quem vai articular a intervenção (chefia directa, orientador, outros elementos da equipa, outros profissionais, outros serviços)	
<ul style="list-style-type: none"> Enf.ª Maria do Céu Relvas (MC), como orientadora do projeto Professora Mariana Pereira (MP), como docente orientadora 	

- Enf.º MF, como coordenador do BO
- Enf.ª AF, como responsável e perita na área de anestesia no BO
- Enf.ª ES, como perita na área de circulação e de instrumentação no BO
- Enf.ª MB, como responsável pela formação no BO
- Equipa de enfermagem do BO

Objetivos Específicos	Atividades/Estratégias a desenvolver	Recursos			Indicadores de Avaliação
		Humanos	Materiais	Tempo	
1 – Elaborar revisão bibliográfica	<ul style="list-style-type: none"> • Pesquisa bibliográfica sobre integração. • Pesquisa bibliográfica sobre programas de integração de enfermeiros no BO. 	Enf.ª CR Prof.ª MP	Material Informático	Cronograma	❖ Apresentar uma revisão bibliográfica no enquadramento conceptual no relatório.
2 – Elaborar manual de integração de enfermeiros no BO	<ul style="list-style-type: none"> • Envolvimento da equipa de enfermagem no projeto. • Comunicação com elementos-chave (peritos) na integração de enfermeiros, solicitando a sua colaboração no projeto. • Identificação de pontos-chave a constar no programa de integração através de reuniões com peritos, orientadora e coordenador do serviço. • Reunião com enfermeiro coordenador, orientadora, responsáveis das especialidades e com os enfermeiros peritos na integração de anestesia, circulação e instrumentação, e elaboração de lista com os pontos-chave que devem constar no programa de integração. • Elaboração do manual de integração. 	Enf.ª CR Prof.ª MP Enf.º MF Enf.ª AF Enf.ª ES Enf.ª MB Equipa de enfermagem do BO	Manual de Integração	Cronograma	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Aceitação de colaboração por parte da equipa. ❖ Consenso entre os diferentes elementos sobre os aspetos fundamentais a constar no programa. ❖ Feed-back positivo da orientadora, docente, equipa de enfermagem e coordenador de enfermagem do BO.

<p>3 – Elaborar instrumentos de registo do programa de integração</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Elaboração dos instrumentos de registo do programa de integração • Apresentação do manual que inclui os instrumentos de registo do programa de integração à enfermeira orientadora, docente, peritos e coordenador de enfermagem do serviço. • Apresentação à equipa de enfermagem do manual com a proposta do programa de integração, nas passagens de turno. • Duplicação de um exemplar do manual com a proposta do programa de integração e sua colocação no livro de ocorrências, para que todos leiam e conheçam o programa. • Agendamento de reunião de serviço para a apresentação formal do programa de integração, com a enfermeira responsável da formação. 	<p>Enf.^a CR Prof.^a MP Enf.^o MF Enf.^a AF Enf.^a ES Enf.^a MB Equipa de enfermagem do BO</p>	<p>Programa de Integração</p>	<p>Cronograma</p>	<p>❖ Apresentação do manual de integração que inclui os instrumentos de registo do programa de integração.</p>
<p>4 – Divulgar o projeto na equipa, dinamizando a sua implementação;</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Elaboração do plano da formação. • Realização de uma formação, apresentando todo o projeto de intervenção à equipa de enfermagem: <ul style="list-style-type: none"> • Diagnóstico de situação • Objetivos • Planeamento do projeto • Implementação do projeto • Avaliação do projeto • Avaliação da formação. 	<p>Enf.^a CR Prof.^a MP Enf.^o MF Enf.^a AF Enf.^a ES Enf.^a MB Equipa de enfermagem do BO</p>	<p>Material Informático Plano da Formação Diapositivos Retroprojektor Folha de Avaliação da Formação Programa de Integração</p>	<p>Cronograma</p>	<p>❖ Número de participantes na formação.</p> <p>❖ Feed-back positivo da orientadora, docente, equipa de enfermagem e coordenador de enfermagem do BO em relação ao projeto de intervenção.</p> <p>❖ Avaliação escrita e oral após a realização da formação.</p>

<p>5 – Testar a implementação do programa de integração.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Implementação do programa de integração de novos enfermeiros no BO. • Integração dos novos enfermeiros no BO, de acordo com o procedimento de integração elaborado e aprovado. 	<p>Enf.^a CR Prof.^a MP Enf.^o MF Enf.^a AF Enf.^a ES Integrandos</p>	<p>Programa de Integração</p>	<p>Cronograma</p>	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Observação participante das integrações no BO. ❖ Feed-back dos novos enfermeiros em integração e dos integradores em relação ao programa elaborado.
<p>6 – Elaborar procedimento de integração de novos enfermeiros no bloco operatório.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Pesquisa bibliográfica sobre procedimentos. • Elaboração do procedimento de integração de novos enfermeiros no BO. • Apresentação do procedimento à enfermeira orientadora, docente, equipa de enfermagem e coordenador de enfermagem do serviço. • Submissão do procedimento para aprovação do gabinete de qualidade do CHX. • Implementação do procedimento nas integrações dos enfermeiros no BO. 	<p>Enf.^a CR Prof.^a MP Enf.^o MF Enf.^a AF Enf.^a ES Equipa de enfermagem do BO</p>	<p>Material Informático Procedimento de Integração</p>	<p>Cronograma</p>	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Feed-back positivo da enfermeira orientadora, docente, equipa de enfermagem e coordenador de enfermagem do BO. ❖ Aprovação do procedimento, pelo gabinete de qualidade.

<p>7 – Avaliar o programa de integração.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliação do processo de integração de novos enfermeiros, de acordo com as diretrizes de avaliação a constar no programa que vai ser elaborado. 	<p>Enf.^a CR Prof.^a MP Enf.^o MF Enf.^a AF Enf.^a ES Equipa de enfermagem do BO</p>	<p>Programa de Integração</p>	<p>Cronograma</p>	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Aumento da qualidade e da segurança das integrações dos novos enfermeiros no BO. ❖ Boas práticas dos novos enfermeiros no BO.
--	---	--	-------------------------------	-------------------	--

[illegible]

Orçamento:

O orçamento feito para este projeto é de aproximadamente 150€ e estão incluídos os seguintes materiais: tinteiros para impressora e resmas de papel.

Recursos Humanos:

Não se prevê a necessidade de recursos humanos suplementares para a implementação deste projeto.

Recursos Materiais:

Material informático e retroprojektor.

Previsão dos constrangimentos e forma de os ultrapassar:

Um constrangimento que poderá surgir durante o decorrer deste projeto de intervenção será, no dia da formação, em que se apresentará formalmente o programa de integração, não se conseguir juntar toda a equipa de enfermagem do BO. A forma de o ultrapassar será motivar toda a equipa de enfermagem para estar presente e falar com o coordenador do serviço, para que seja possível a compensação desse tempo de formação, aos enfermeiros que não estejam escalados nesse turno. Também poderá marcar-se uma outra data para a mesma formação, de forma a se conseguir abranger o maior número de enfermeiros.

Outro constrangimento que poderá surgir será a demora da aprovação do procedimento de integração pelo Gabinete da Qualidade. A forma de ultrapassar este constrangimento será implementar o procedimento e, posteriormente, proceder às alterações sugeridas por este gabinete.

Data: 30 / 06 / 2014

Assinatura: Rolanda Macedo

Docente: Professora Mariana Pereira

APÊNDICE 8

(MANUAL DE INTEGRAÇÃO)

CENTRO HOSPITALAR X

MANUAL DE INTEGRAÇÃO DE NOVOS ENFERMEIROS NO BLOCO OPERATÓRIO



Shutterstock.com

Elaborado por: Rolanda Macedo

Estudante do 3º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica da ESS/IPS

Orientado por: Professora Mariana Pereira

Enf.^a Cêu Relvas

SETÚBAL

NOVEMBRO 2014

*“Todas as organizações deverão ser fiéis à sua Missão e excelentes em todos os pontos:
produzir mais, mais barato e melhor,
através do envolvimento de todos, visando a plena satisfação dos clientes.
E isto não é fácil.
Exige determinação, constância e seriedade de propósito”.*

MEZOMO

SIGLAS

AESOP – Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses

AO – Assistentes Operacionais

BO – Bloco Operatório

CHX – Centro Hospitalar X

UCPA – Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos

UCA – Unidade de Cirurgia Ambulatória

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

UE – Unidade de Esterilização

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	4
1 – CARACTERIZAÇÃO DO CENTRO HOSPITALAR X	5
2 – ESTRUTURA DO BLOCO OPERATÓRIO DO CHX	7
3 – PROGRAMA DE INTEGRAÇÃO	10
3.1 – OBJETIVOS E PRESSUPOSTOS DO PROGRAMA DE INTEGRAÇÃO	10
3.2 – FASES DO PROGRAMA DE INTEGRAÇÃO	12
4 – CONSIDERAÇÕES FINAIS	18
BIBLIOGRAFIA	19
APÊNDICES	20
Apêndice I – Caracterização da Experiência Profissional	21
Apêndice II – Diagnóstico de Admissão/Integração	23
Apêndice III – Descrição da Fase de Acolhimento/Observação	27
Apêndice IV – Descrição da Integração na Fase de Anestesia	29
Apêndice V – Avaliação da Fase de Anestesia	38
Apêndice VI – Descrição da Integração na Fase de Circulação	41
Apêndice VII – Avaliação da Fase de Circulação	44
Apêndice VIII – Descrição da Integração na Fase de Instrumentação	47
Apêndice IX – Avaliação da Fase de Instrumentação	50
Apêndice X – Avaliação do Programa de Integração	53

INTRODUÇÃO

O Manual de Integração é um instrumento de comunicação que contém uma coletânea de informações/atividades a realizar, facilitadoras do processo de integração e/ou de aprendizagem. Este Manual não pretende substituir o papel desempenhado pelos elementos integradores, devendo ser encarado como um complemento dos mesmos, auxiliando na dissipação de dúvidas e na minimização das consequências deste processo.

Com este documento, o enfermeiro recebe a instrução básica sobre o trabalho necessário às funções que tem a desempenhar e as suas relações com a restante equipa. Permitirá ao integrando encontrar padrões de atuação e ainda encontrar os caminhos necessários para o seu desenvolvimento no serviço.

O principal objetivo deste Manual é melhorar a qualidade e a segurança das integrações dos enfermeiros no BO.

A AESOP (2006) considera o processo de integração como uma fase essencial de aprendizagem e adaptação às várias funções do enfermeiro perioperatório.

A complexidade da Enfermagem Perioperatória ligada ao avanço científico e tecnológico da Anestesia e da Cirurgia requer uma prática de cuidados só executados por enfermeiros perfeitamente integrados. O processo de integração dos enfermeiros no BO é complexo e visa a aquisição de competências para um desempenho autónomo das atividades específicas neste serviço.

O enfermeiro de BO necessita de adquirir competências relacionais, cognitivas e técnicas que o habilitem a uma prestação de cuidados de enfermagem específica, cuidando do cliente, de uma forma global e eficaz antes, durante e após a intervenção cirúrgica, de modo a garantir a qualidade e a segurança dos cuidados de saúde.

Como membro da equipa multidisciplinar, o enfermeiro tem umas funções independentes e outras interdependentes da restante equipa, nomeadamente no que respeita às funções de anestesia, circulação e instrumentação.

A existência de um programa de integração tem como finalidade facilitar não só o trabalho do integrador mas também, proporcionar aos novos profissionais um documento de apresentação do serviço e de planeamento global da sua integração, que inclua em si toda a documentação pertinente para a compreensão do BO, ou remeta para tal.

Este Manual destina-se a todos os profissionais de enfermagem em fase de integração no BO do CHX.

1 – CARACTERIZAÇÃO DO CENTRO HOSPITALAR X

O CHX foi criado a 31 de dezembro de 2005, através do Decreto-Lei nº 233/2005, de 29 de dezembro. Encontra-se integrado na Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo. A sua área de influência abrange os concelhos de Sines, Santiago do Cacém, Grândola, Alcácer do Sal, Palmela e Setúbal. No âmbito da Psiquiatria e Saúde Mental, abrange, ainda, o concelho de Sesimbra e no âmbito da Ortopedia abrange todo o distrito de Setúbal, bem como os distritos de Portalegre, Évora, Beja, Faro e Lisboa.

O CHX é um Hospital Geral Distrital, que trabalha em articulação com os Centros de Saúde da sua área de influência, desenvolvendo a sua atividade numa perspetiva de complementaridade. Promove ainda o ensino, a formação e a investigação.

Os Centros de Saúde da área de influência do CHX são os seguintes:

- Centro de Saúde de Palmela
- Centro de Saúde de São Sebastião
- Centro de Saúde do Bonfim
- Centro de Saúde Alcácer do Sal
- Centro de Saúde Grândola
- Centro de Saúde Santiago do Cacém
- Centro de Saúde de Sines
- Centro de Saúde de Sesimbra

Na área da Ortopedia, acrescem ainda os Centros de Saúde da sua área de influência (toda a zona sul do País).

Os objetivos do CHX são:

- Implementar um Programa de qualidade e obter a Acreditação pelo Sistema *Health Quality Service*.
- Melhorar os níveis de qualidade organizacional e de humanização dos serviços e promover a acessibilidade aos cuidados de saúde em articulação com os centros de saúde.
- Consolidar a produção clínica e desenvolver a atividade em ambulatório.
- Melhorar a eficiência, adotando formas de organização que potenciem a otimização de recursos e contribuam para garantir a sustentabilidade da

organização.

- Desenvolver uma política de gestão de recursos humanos, de formação profissional e de comunicação que contribua para a melhoria organizacional e a satisfação dos profissionais.

O Centro Hospitalar trabalha para ser reconhecido como uma Instituição de referência no desenvolvimento de técnicas eficientes e inovadoras no tratamento em ambulatório e internamento. Pretende diferenciar-se pela sua especificidade e acessibilidade, pelo compromisso com o cliente, assumindo-se como centro de elevada competência na organização assistencial e no desenvolvimento e inovação na prestação de cuidados de saúde.

O CHX tem como missão a promoção da saúde a todos os cidadãos no âmbito das responsabilidades e capacidades dos hospitais que o compõem, prestando cuidados especializados, com respeito pela dignidade dos clientes, e estimulando o desenvolvimento profissional dos seus colaboradores, num quadro de qualidade, eficiência e eficácia organizativa.

2 – ESTRUTURA DO BLOCO OPERATÓRIO DO CHX

O BO funciona desde abril de 1998 e atualmente é coordenado pelo Sr. Enfermeiro MF, sendo a Diretora de Serviço a Sr.^a Dr.^a RE. Situa-se no primeiro piso do edifício novo do CHX.

É constituído por uma equipa multidisciplinar: administrativas, enfermeiros, médicos, assistentes operacionais e empregadas de limpeza – a sua cooperação é essencial. A capacidade de trabalho de uma equipa depende da cooperação entre todos os elementos, sendo essa a mola necessária a uma boa rentabilidade e a uma melhoria dos cuidados de saúde prestados.

A arquitetura do BO é pensada em função do controlo de infeção. Deve também proporcionar um ambiente seguro e confortável para o cliente e para todos os profissionais que aí trabalham.

As salas de operação, assim como as outras áreas do BO, estão desenhadas de forma a manter a máxima segurança do cliente.

São instalações do BO o conjunto de salas de operações e estruturas adjacentes, que se consideram integradas em três áreas de acessibilidade diferentes:

- Área Livre: Área de acesso livre, onde é permitida a circulação sem farda própria do BO. São as zonas de entrada e recepção de clientes, vestiários e zona de recepção de sujos.
- Área Semi-Restrita: Área envolvente das salas operatórias, onde circula o cliente e o material contaminado, devendo-se utilizar o fardamento próprio, com touca mas não necessita de máscara. São os corredores periféricos, salas de arrumos, farmácia, secretariado, sala de relatórios, sala de estar e repouso, salas de chefia, sala de reuniões, UCPA e áreas adjacentes do Ambulatório.
- Área Restrita: Área de acesso limitado, sendo obrigatório o respeito pelas normas de assepsia e controlo universal de infeção. É composta pelo corredor central e as salas operatórias, onde nestas é obrigatório o uso de máscara.

O BO é constituído por seis salas operatórias; quatro funcionam com cirurgia programada convencional, uma sala de urgência e uma sala para Cirurgia de Ambulatório.

Existe uma sala de pré-anestesia para cada duas salas de cirurgia convencional, excepto a sala de urgência e ambulatório, que têm sala de pré-anestesia individual.

A UCPA situa-se dentro do espaço físico do BO mas funciona como serviço independente, com chefia e equipa de enfermagem próprias e está sob a direção e a responsabilidade do departamento de Anestesiologia. Esta unidade tem uma ocupação de seis camas, onde os clientes permanecem durante o tempo necessário pós intervenção anestésica/cirúrgica, sendo posteriormente transferidos para o serviço de internamento/urgência.

A Unidade de Cirurgia Ambulatória é designada no regulamento interno do CHX como uma unidade do tipo-satélite/integrada, porque se serve de estruturas já existentes, partilhando espaço físico e recursos humanos do BO. Tem uma unidade de recobro imediato com três camas para clientes submetidos a anestesia, e uma unidade de recobro tardio para recuperação pós cirurgia e posterior alta para o domicílio e em situações pontuais internamento nos serviços (pernoita).

A equipa de enfermagem assegura o funcionamento do BO nas 24 horas, dividido em três turnos (Manhã: 8h-16h30, Tarde: 16h-23h30 e Noite: 23h-8h30).

Nos turnos da manhã realizam-se cirurgias programadas convencionais e ambulatoriais, cirurgias de urgência e emergência. Nos turnos da tarde e noite realizam-se cirurgias de urgência e emergência.

As especialidades cirúrgicas existentes são: Cirurgia Geral, Cirurgia Pediátrica, Cirurgia Plástica, Estomatologia, Ginecologia, Obstetrícia, Oftalmologia, Ortopedia, Otorrinolaringologia e Urologia.

Sendo o BO um serviço complexo, dentro da organização hospitalar reveste-se de grande importância a adequação dos funcionários a este meio específico.

Relativamente aos recursos humanos no BO, coexistem dois tipos de populações distintas, sendo que uma se refere aos utilizadores (cirurgiões, anestesistas e técnicos) e outra aos residentes (enfermeiros, assistentes operacionais e secretariado).

Os funcionários residentes são constituídos por 5 secretárias, 25 assistentes operacionais e 44 enfermeiros. Os enfermeiros encontram-se distribuídos por 5 equipas, constituídas por 3 elementos, que praticam horário por turnos e a restante equipa pratica horário fixo (Manhãs).

Como membro da equipa multidisciplinar, o enfermeiro de BO tem funções independentes e interdependentes da restante equipa, nomeadamente as funções de: Anestesia, Circulação e Instrumentação.

Os enfermeiros do Bloco Operatório do CHX pautam as suas funções pelos pressupostos emanados pela AESOP.

Em todo o percurso perioperatório o cliente é acompanhado por uma equipa de enfermagem diferenciada que contribuem para o êxito do ato anestésico/cirúrgico e para o bem-estar e segurança do cliente.

3 – PROGRAMA DE INTEGRAÇÃO

Segundo a AESOP (2006), o programa de integração é um processo de adaptação que inclui o conhecimento da estrutura física, do equipamento e seu manuseamento, o inter-relacionamento com as estruturas do serviço e o conhecimento técnico e científico. É um processo dinâmico que envolve o integrador e o integrando, assim como toda a equipa multidisciplinar, permitindo ao integrando aprofundar conhecimentos e adquirir experiência.

3.1 – OBJETIVOS E PRESSUPOSTOS DO PROGRAMA DE INTEGRAÇÃO

Objetivos Gerais:

- Facilitar o processo de integração dos novos enfermeiros.
- Melhorar a qualidade e a segurança das integrações dos enfermeiros.

Objetivos Específicos:

- Promover a partilha de informação, de forma a que o integrando adquira competências para o desempenho das suas novas funções.
- Ajudar o integrando a consciencializar-se das suas responsabilidades, deveres e direitos como membro do serviço.
- Promover o desenvolvimento pessoal e profissional do novo enfermeiro.
- Melhorar a qualidade dos cuidados prestados.
- Transmitir informações sobre a estrutura e dinâmica do BO.
- Conseguir a melhor integração, no mais curto espaço de tempo.
- Favorecer uma uniformização de atuação.
- Ajudar na orientação da execução das ações.
- Proporcionar um clima de confiança ao integrando.

Pressupostos:

- Durante o período de integração, o novo enfermeiro não deverá ter funções atribuídas.

- O seu horário deve ser constituído por manhãs, para se inteirar da dinâmica do serviço. No entanto, o integrando deve fazer uma manhã de sábado para ter conhecimento das rotinas de limpeza e higienização das salas, atividades específicas e únicas realizadas neste dia.
- O enfermeiro a integrar deve fazer uma visita de observação à UE, durante um dia, de forma a conhecer a dinâmica deste serviço e principalmente, para adquirir conhecimentos sobre o tratamento, acondicionamento e reprocessamento do material cirúrgico.
- O integrando não deve ser utilizado para fazer face às necessidades do serviço, substituindo outros elementos que possam faltar.
- O enfermeiro chefe/coordenador do serviço deve delegar a um enfermeiro da equipa, com experiência e competência profissional, a responsabilidade deste processo de integração do novo enfermeiro.
- O enfermeiro a integrar será um elemento supranumerário.
- O horário do integrador e do integrando deverá ser coincidente.
- Dentro do possível, ambos os enfermeiros devem fazer o mínimo de trocas e/ou tentarem trocar simultaneamente o turno.
- O enfermeiro integrador deverá demonstrar optimismo e disponibilidade, expressas não só em palavras mas também em atitudes, para que o novo elemento saiba que pode contar com a sua ajuda e apoio.
- As informações devem ser transmitidas progressivamente pois não se aprende tudo ao mesmo tempo e a prática vai ajudar a consolidar os conhecimentos.

A elaboração de um Plano de Integração será sempre indispensável, para a obtenção das “competências comportamentais – Saber fazer, saber ser e saber estar” – AESOP (2006). Os conteúdos bem como o tempo estipulado para a realização e concretização de determinados objetivos, em cada uma das funções, não são estanques, devem ser adaptados o mais possível ao novo elemento, pois o ritmo de aprendizagem difere de elemento para elemento.

É muito importante ter em conta se o integrando tem experiência profissional ou não, e se sim, se é em BO, não esquecendo que um enfermeiro em integração em contexto de BO é sempre iniciado. Naturalmente, se o enfermeiro em integração já tiver experiência

em BO, dependendo dos conhecimentos e habilidades, o tempo de integração será variável.

3.2 – FASES DO PROGRAMA DE INTEGRAÇÃO

O Programa de Integração é constituído por quatro fases, cada uma delas com funções definidas.

1ª Fase:

Acolhimento/Observação (2 dias)	}	Enfermeiro Chefe/Coordenador do Serviço Enfermeiro Integrador
------------------------------------	---	--

2ª Fase:

Anestesia (12 semanas)	}	10 semanas com o integrador 2 semanas com supervisão (integrador a circular)
---------------------------	---	--

3ª Fase:

Circulação (8 semanas)	}	4 semanas com o integrador 4 semanas com supervisão (integrador a instrumentar)
---------------------------	---	---

4ª Fase:

Instrumentação (8 semanas)	}	4 semanas com o integrador 4 semanas com supervisão (integrador a circular)
-------------------------------	---	---

- Na primeira fase: **Acolhimento/Observação**

Esta fase tem a duração de 2 dias e tem como objetivo a socialização e adaptação do enfermeiro ao BO, pretendendo-se que este conheça a dinâmica organizacional do serviço, as normas e os procedimentos, e as funções que irá desempenhar. Assim, dentro desta fase existem várias etapas como:

- Entrevista inicial com o enfermeiro chefe/coordenador do BO e integrador.
- Visita ao BO com o objetivo de ser apresentado à equipa e de se familiarizar com a organização e a dinâmica do serviço.
- Entrega do manual de integração.
- A observação é a finalidade pretendida para esta fase. O integrando observa, inspeciona, conhece os protocolos e normas do bloco, comportamentos dentro do bloco, registos e procedimentos realizados. Observa também as funções desempenhadas pelos enfermeiros perioperatórios.

No primeiro dia, o integrando deverá preencher um formulário de caracterização da sua experiência profissional (Apêndice I) e uma ficha de diagnóstico de admissão/integração (Apêndice II). É no final deste dia que deve ser decidida, segundo as características do integrando, a necessidade de se alterar o plano inicial, procedendo-se à respetiva adaptação, se necessário.

A descrição detalhada da fase de acolhimento/observação encontra-se em apêndice (Apêndice III).

- Na segunda fase: **Anestesia**

O enfermeiro presta assistência a todos os clientes sujeitos a procedimentos anestésicos em cirurgia eletiva convencional ou em regime de ambulatório, assim como em situação de urgência ou emergência cirúrgica. Assim compete ao enfermeiro:

- Confirmar as condições de higienização e climatização da sala operatória.
- Testar o funcionamento de todo o equipamento anestésico necessário ao ato anestésico.
- Proceder à admissão do cliente consoante o regime de contratualização cirúrgica.

- Confirmar a disponibilidade de sangue, hemoderivados e vaga na UCI.
- Verificar a permeabilidade do acesso venoso periférico ou realizar cateterismo venoso.
- Preparar, administrar e registrar a terapêutica prescrita.
- Instalar/Posicionar o cliente para o ato anestésico.
- Colaborar e antecipar as necessidades do médico anestesiológico e do ato anestésico.
- Providenciar a manutenção/restabelecimento da normoterapia.
- Assistir ao médico anestesiológico na realização de técnicas invasivas e/ou outros exames médicos complementares de diagnóstico.
- Vigiar parâmetros hemodinâmicos e ventilatórios.
- Contabilizar as perdas sanguíneas e débito urinário.
- Efetuar registros do ato anestésico/cirúrgico.
- Colaborar na recuperação anestésica.
- Proceder à transferência do cliente para outra unidade de cuidados.
- Saber responder a situações de avarias com equipamentos.
- Repor *stocks*.

Durante esta fase, a integração deverá ser programada do geral para o específico, sendo as especialidades em que existam clientes pediátricos, remetidas para o período final do processo formativo.

Dada a existência de 3 tipos de máquinas anestésicas diferentes no serviço, o integrando deverá permanecer, pelo menos, 4 semanas consecutivas com cada uma das máquinas anestésicas.

A descrição detalhada das atividades de anestesia encontra-se em apêndice (Apêndice IV).

No final desta fase é realizada uma avaliação formativa com registo em documento próprio (Apêndice V), de forma a que seja possível a avaliação dos objetivos delineados para esta fase e transitar para a fase seguinte.

- Na terceira fase: **Circulação**

O enfermeiro é responsável por atender às necessidades do cliente, do enfermeiro a instrumentar e da restante equipa cirúrgica, organizando, gerindo e controlando

todo o processo que se desenvolve na sala operatória de modo a que a intervenção cirúrgica se realize nas melhores condições de segurança e eficiência para o cliente e profissionais. Assim, o enfermeiro deve adquirir e desenvolver as seguintes competências:

- Conhecer o plano operatório e planejar os cuidados.
- Saber os pré-requisitos de higienização e climatização que a sala operatória deve ter para funcionar.
- Saber todo o equipamento, instrumental e dispositivos médicos necessários para cada cirurgia.
- Conhecer os vários posicionamentos requeridos para as diferentes cirurgias, bem como o material necessário para proporcionar ao cliente conforto e segurança durante os mesmos.
- Saber qual a extensão do campo operatório que vai ser desinfetado e que precisa ficar a descoberto.
- Conhecer os procedimentos de abertura das caixas de instrumentos e das restantes embalagens de material esterilizado.
- Conhecer os procedimentos de auxiliar a vestir a equipa cirúrgica.
- Conhecer os passos da cirurgia e prever os tempos operatórios de modo a antecipar-se às necessidades da equipa cirúrgica.
- Conhecer as regras de movimentação e posicionamento de todos os elementos da equipa cirúrgica dentro do BO.
- Ser responsável pela manutenção da técnica assética da equipa cirúrgica em colaboração com o enfermeiro instrumentista.
- Saber os procedimentos de segurança a efetuar no início e no final da cirurgia, no que se refere à contagem de instrumentos, compressas e cortantes.
- Conhecer as normas de rotulação, acondicionamento e envio das amostras biológicas recolhidas.
- Ter conhecimento dos registos necessários a fazer durante a cirurgia, bem como da altura certa para os efetuar.
- Conhecer as normas de acondicionamento e transporte de materiais sujos do BO.

A descrição detalhada das atividades de circulação encontra-se em apêndice (Apêndice VI).

Após 2 semanas do início desta fase, o integrador e o integrando devem realizar uma avaliação intermédia com o objetivo de fazerem em conjunto uma síntese das aprendizagens já adquiridas durante esse período, de forma a planearem mais eficazmente a restante integração, dando ênfase às competências que precisam de ser melhoradas e interiorizadas.

No final desta fase é realizada uma avaliação formativa com registo em documento próprio (Apêndice VII), de forma a que seja possível a avaliação dos objetivos delineados para esta fase e transitar para a fase seguinte.

- Na quarta fase: **Instrumentação**

A instrumentação cirúrgica ocupa um posto de trabalho de grande diferenciação técnica pelo que necessita de uma integração cuidada e de uma atualização de conhecimentos permanente. Assim, o enfermeiro deve adquirir e desenvolver as seguintes competências:

- Conhecer o plano operatório e planejar os cuidados.
- Saber todo o equipamento, instrumental e dispositivos médicos necessários para cada cirurgia.
- Conhecer a técnica da lavagem cirúrgica das mãos.
- Conhecer os procedimentos de vestir a bata e calçar as luvas com técnica assética, a si e aos restantes elementos da equipa cirúrgica.
- Conhecer as normas gerais de colocação das mesas de instrumentação.
- Conhecer os diferentes tipos de sutura e a sua aplicação.
- Conhecer os procedimentos da desinfeção do campo operatório e da colocação dos campos esterilizados.
- Conhecer as regras de movimentação e posicionamento da equipa cirúrgica.
- Ser responsável pela manutenção da técnica assética cirúrgica da equipa durante a intervenção.
- Conhecer os passos da cirurgia e prever os tempos operatórios de modo a antecipar-se ao cirurgião.
- Conhecer as normas de passagem de instrumental cirúrgico ao cirurgião com segurança.
- Conhecer as normas de manutenção da assepsia dos instrumentos e dispositivos médicos utilizados durante a cirurgia.

- Saber os procedimentos de segurança a efetuar no início e no final da cirurgia, no que se refere à contagem de instrumentos, compressas e cortantes.
- Conhecer as normas de realização do penso operatório com ou sem drenagens.
- Conhecer as normas de retirar campos, bata cirúrgica, luvas e máscara após a intervenção.
- Conhecer as normas de acondicionamento e transporte de materiais sujos do BO.

A descrição detalhada das atividades de instrumentação encontra-se em apêndice (Apêndice VIII).

Após 2 semanas do início desta fase, o integrador e o integrando devem realizar uma avaliação intermédia com o objetivo de fazerem em conjunto uma síntese das aprendizagens já adquiridas durante esse período, de forma a planearem mais eficazmente a restante integração, dando ênfase às competências que precisam de ser melhoradas e interiorizadas.

No final desta fase é realizada uma avaliação formativa com registo em documento próprio (Apêndice IX), de forma a que seja possível a avaliação dos objetivos delineados para esta fase.

Terminado o Programa de Integração, o integrando deve realizar a sua autoavaliação (Apêndice X), verificando a eficácia do programa e identificando a necessidade de introduzir medidas corretivas, que facilitem a integração de futuros profissionais.

Todos os instrumentos de recolha de dados, diagnóstico e avaliação que o integrando terá de preencher durante o período de integração e que se encontram em apêndice, foram elaborados e adaptados, tendo por base o Programa de Integração preconizado pela AESOP (2006).

4 – CONSIDERAÇÕES FINAIS

Consideramos ter atingido o nosso principal objetivo com a elaboração deste Manual: melhorar a qualidade e a segurança das integrações dos enfermeiros no Bloco Operatório, promovendo e facilitando desta forma uma melhor integração.

A integração de um novo elemento é um processo que promove sobretudo o desenvolvimento de competências profissionais, contribuindo conseqüentemente para a melhoria da qualidade do exercício profissional.

Segundo a AESOP (2006), a integração de um indivíduo na organização entende-se como “Processo através do qual o indivíduo apreende o sistema de valores, normas e padrões de comportamento requeridos pela organização/serviço em que ingressa”.

O processo de integração de um enfermeiro no serviço de Bloco Operatório é um processo complexo, demorado, com várias etapas, que requer não só empenho do novo elemento como também exige ao mesmo uma participação ativa, formação contínua, espírito crítico e interação com o enfermeiro integrador e a restante equipa, colocando questões e pedindo esclarecimentos sempre que necessário.

A validade e a credibilidade deste Manual dependem da sua constante atualização, o que demonstra que este não é uma “obra acabada”, mas sim um documento dinâmico. A reavaliação do mesmo deverá ser feita em 2017.

BIBLIOGRAFIA

- ❖ AESOP – *Enfermagem Perioperatória: Da Filosofia à Prática dos Cuidados*. Loures: Lusodidacta, 2006. ISBN: 978-972-8930-16-5.
- ❖ BENNER, Patrícia – *De Iniciado a Perito*. Coimbra: Quarteto editora, 2001. ISBN: 972-8535-97-x.
- ❖ UNAIBODE – *Práticas e referencias de enfermagem de bloco operatório*. Loures: Lusociência, 2001. ISBN: 972-8383-24-x.

Apêndices

Apêndice I
Caracterização da Experiência Profissional

<p style="text-align: center;">CARATERIZAÇÃO SUMÁRIA DA EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL</p>

1- NOME: _____

2- IDADE: _____

3- HABILITAÇÕES LITERÁRIAS: _____

4- HABILITAÇÕES PROFISSIONAIS: _____

5- ANOS DE EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL: _____

6- TEM EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL EM BLOCO OPERATÓRIO:

7- SE SIM, QUAL, E DE QUANTO TEMPO: _____

8- OUTRAS EXPERIÊNCIAS PROFISSIONAIS:

Data: _____

Tomou conhecimento,

O Enfermeiro Integrador: _____

O Enfermeiro Chefe/Coordenador do Serviço: _____

Apêndice II

Diagnóstico de Admissão/Integração

DIAGNÓSTICO DE ADMISSÃO/INTEGRAÇÃO

Tendo em vista as atividades a desenvolver no período de integração, é solicitado que assinale o seu posicionamento de acordo com os seus conhecimentos sobre Bloco Operatório, indicando na coluna respetiva, segundo a escala:

ESCALA:

1 _____ **2** _____ **3**
 Não sabe Sabe pouco Sabe muito

ÁREA	CONHECIMENTOS	ESCALA
TEÓRICA	Estrutura de um bloco operatório	1 _____ 2 _____ 3
	Localização no hospital	1 _____ 2 _____ 3
	Serviços de apoio ao bloco	1 _____ 2 _____ 3
	Equipa cirúrgica	1 _____ 2 _____ 3
	Equipa multidisciplinar	1 _____ 2 _____ 3
	Conceitos de assepsia	1 _____ 2 _____ 3
	Circulação num bloco operatório	1 _____ 2 _____ 3
	Iluminação do bloco	1 _____ 2 _____ 3
	Ventilação e humidade	1 _____ 2 _____ 3
	Caraterísticas do mobiliário	1 _____ 2 _____ 3
	Equipamento do bloco	1 _____ 2 _____ 3
	Situações de emergência	1 _____ 2 _____ 3
	Controlo de infeção	1 _____ 2 _____ 3
	Higienização e desinfeção	1 _____ 2 _____ 3

TEÓRICA	Métodos de esterilização	1 _____ 2 _____ 3
	Higienização do bloco	1 _____ 2 _____ 3
	Circuitos de resíduos hospitalares	1 _____ 2 _____ 3
	Fármacos anestésicos	1 _____ 2 _____ 3
	Fármacos de emergência	1 _____ 2 _____ 3
	Legislação de estupefacientes	1 _____ 2 _____ 3
	Técnicas anestésicas	1 _____ 2 _____ 3
	Monitorização de clientes	1 _____ 2 _____ 3
	Segurança do cliente cirúrgico	1 _____ 2 _____ 3
	Registo de enfermagem	1 _____ 2 _____ 3
	Fios de sutura	1 _____ 2 _____ 3
	Instrumental cirúrgico	1 _____ 2 _____ 3
RELACIONAL	Acolhimento do cliente/família	1 _____ 2 _____ 3
	Interação cliente/família	1 _____ 2 _____ 3
	Inter-relação enfermeiro/médico	1 _____ 2 _____ 3
	Trabalho em equipa	1 _____ 2 _____ 3
	Comunicação interpessoal	1 _____ 2 _____ 3
	Responsabilidade pessoal	1 _____ 2 _____ 3
TÉCNICA	CUIDADOS DE ENFERMAGEM AO CLIENTE CIRÚRGICO	
	No pré-operatório	1 _____ 2 _____ 3
	No intra-operatório	1 _____ 2 _____ 3
	No pós-operatório	1 _____ 2 _____ 3

TERAPÊUTICA	Preparação e administração de terapêutica	1 _____ 2 _____ 3
	Diluições e incompatibilidades	1 _____ 2 _____ 3
	Preparação de material para catéter central e linha arterial	1 _____ 2 _____ 3
ORGANIZATIVA	Cuidados individualizados	1 _____ 2 _____ 3
	Identificação de necessidades	1 _____ 2 _____ 3
	Estabelecimento de prioridades	1 _____ 2 _____ 3
	Gestão do tempo	1 _____ 2 _____ 3

Data do início da integração: _____

Integrando: _____

Integrador: _____

O Enfermeiro Chefe/Coordenador do Serviço: _____

Apêndice III

Descrição da fase de Acolhimento/Observação

DESCRIÇÃO DETALHADA DA FASE DE ACOLHIMENTO/OBSERVAÇÃO

Esta fase tem a duração de 2 dias e tem como objetivo a socialização e adaptação do enfermeiro ao Bloco Operatório.

O acolhimento/observação deve ser dirigido para as seguintes atividades, de forma a ser atingido o objetivo proposto para esta fase da integração:

- Conhecer a estrutura física, organizacional e funcional do BO.
- Conhecer a estrutura física da UCPA.
- Conhecer os elementos da equipa multidisciplinar que integram o BO, UCA e UCPA.
- Conhecer as normas e procedimentos do serviço e outros documentos importantes para as suas funções.
- Ser informado sobre as normas e procedimentos de Controlo de Infecção: Higienização das Mãos, Comportamentos Corretos no Bloco Operatório e Equipamento de Proteção Individual.
- Ser informado sobre as normas internas de segurança referentes ao Risco Clínico como Relatos de Incidente, Administração de Componentes Sanguíneos e Participação de Acidente de Trabalho.
- Ser informado sobre as normas de segurança referentes à atuação perante Emergência/Catástrofe Interna no HSB.
- Conhecer as normas de segurança referentes ao BO, nomeadamente Segurança contra Incêndio e Evacuação de Clientes.
- Conhecer os impressos e livros de registos existentes no BO.
- Conhecer a articulação com outros serviços do hospital.
- Observar os diversos equipamentos utilizados no BO.
- Conhecer os horários de funcionamento da UE e observar os circuitos do material sujo, do material limpo e do material esterilizado.
- Conhecer o funcionamento de uma sala operatória.

Apêndice IV

Descrição da Integração na fase de Anestesia

DESCRIÇÃO DETALHADA DA INTEGRAÇÃO NA FASE DE ANESTESIA

No decorrer da descrição, as frases que se encontram sublinhadas, indicam a introdução de uma nova atividade, em relação à semana anterior. No entanto esses novos saberes deverão ser introduzidos consoante o aparecimento das diferentes técnicas anestésicas e monitorização invasiva ou não-invasiva.

O período de integração deverá ter a duração de 3 meses/12 semanas.

1º DIA – SALA 4 – SALA DE URGÊNCIA¹

(1) O facto da taxa de ocupação da sala de urgência, em média, ser baixo permite ao integrando iniciar o processo de adaptação com maior ponderação e disponibilidade facilitando o processo de sociabilização.

- Apresentação da unidade, locais dos dispositivos médicos de anestesia e fármacos.
- Apresentação da disposição da sala operatória.
- Descrição da jornada do enfermeiro que se encontra de anestesia.
- Descrição do percurso do cliente e requisitos operatórios.
- Demonstração do funcionamento da máquina anestésica PRIMUS.
- Demonstração do funcionamento do monitor de parâmetros hemodinâmicos PRIMUS.
- Exposição do equipamento de apoio à via aérea/VAD.
- Exposição dos diferentes tubos endotraqueais.
- Exposição dos dispositivos supraglóticos.
- Demonstração dos desfibrilhadores.

1ª SEMANA – SALA 5 / SALA 6²

(2) A existência do mesmo tipo de máquina anestésica, nestas duas salas, permite a consolidação de conhecimentos relativamente ao seu funcionamento, possibilitando ao integrando a interiorização de outros saberes da atividade assistencial de enfermagem na anestesia geral e loco regional no cliente adulto.

- Abertura da sala operatória.
- Verificação do equipamento de anestesia.
- Continuação da demonstração do funcionamento da máquina anestésica PRIMUS.

- Continuação da demonstração do funcionamento do monitor de parâmetros hemodinâmicos PRIMUS.
- Admissão do cliente.
- Explicação do funcionamento do transfer de clientes.
- Observação da preparação de terapêutica.
- Observação/colaboração no posicionamento para AG/LR.
- Observação/colaboração na indução anestésica e IOT.
- Explicação dos parâmetros ventilatórios e modos ventilatórios.
- Explicação dos agentes anestésicos inalatórios/funcionamento dos vaporizadores.
- Exposição dos diferentes tubos endotraqueais.
- Exposição/demonstração da utilização dos dispositivos supraglóticos.
- Observação/colaboração no despertar da anestesia.
- Observação da transferência do cliente para outra unidade de cuidados.
- Encerramento da sala.
- Realização de stocks.

2ª SEMANA – SALA 5 / SALA 6

- Abertura da sala operatória.
- Verificação do equipamento de anestesia.
- Calibração da máquina anestésica PRIMUS.
- Calibração do monitor de parâmetros hemodinâmicos PRIMUS.
- Admissão do cliente.
- Continuação da explicação do funcionamento do transfer de clientes.
- Explicação das diferentes “marquesas operatórias”.
- Instruções relativas aos fármacos utilizados na indução anestésica/ anestesia LR.
- Observação/colaboração no posicionamento para AG/LR.
- Observação/colaboração na indução anestésica e IOT.
- Continuação da explicação dos parâmetros ventilatórios e modos ventilatórios.
- Continuação da explicação dos agentes anestésicos inalatórios/funcionamento dos vaporizadores.

- Exposição dos diferentes tubos endotraqueais.
- Exposição/demonstração da utilização dos dispositivos supraglóticos.
- Explicação da monitorização neuromuscular.
- Elaboração de registos em suporte gráfico.
- Observação/colaboração no despertar da anestesia.
- Observação da transferência para outra unidade de cuidados.

<p>Período de reflexão e auto avaliação</p>

3ª SEMANA – SALA 5 / SALA 6³

(3) Nesta semana o integrando deverá ficar liberto da saída do cliente da sala, de modo a ganhar autonomia e destreza no *turnover* dos clientes.

- Abertura da sala operatória.
- Verificação do equipamento de anestesia.
- Calibração da máquina anestésica PRIMUS.
- Calibração do monitor de parâmetros hemodinâmicos PRIMUS.
- Admissão do cliente.
- Manuseamento do transfer de clientes.
- Explicação das diferentes “marquesas operatórias”.
- Preparação dos fármacos utilizados na indução anestésica/anestesia LR.
- Explicação da farmacologia utilizada em anestesia.
- Administração de terapêutica.
- Observação/colaboração no posicionamento para AG/LR.
- Observação/colaboração na indução anestésica e IOT.
- Continuação da explicação dos parâmetros ventilatórios e modos ventilatórios.
- Continuação da explicação dos agentes anestésicos inalatórios/funcionamento dos vaporizadores.
- Exposição dos diferentes tubos endotraqueais.
- Exposição/demonstração da utilização dos dispositivos supraglóticos.
- Continuação da explicação da monitorização neuromuscular.
- Explicação/demonstração da monitorização invasiva – Catéter Central – Linha Arterial.
- Elaboração de registos em suporte gráfico.

- Colaboração no despertar da anestesia.
- Transferência/transmissão de informação do cliente para outra unidade de cuidados.
- Encerramento da sala.
- Realização de stocks.

4ª SEMANA – SALA 5 / SALA 6

- Abertura da sala operatória.
- Verificação do equipamento de anestesia.
- Calibração da máquina anestésica PRIMUS.
- Calibração do monitor de parâmetros hemodinâmicos PRIMUS.
- Admissão do cliente.
- Explicação das diferentes “marquesas operatórias”.
- Manuseamento do transfer de clientes.
- Preparação dos fármacos utilizados na indução anestésica/anestesia LR.
- Explicação da farmacologia utilizada em anestesia.
- Administração de terapêutica.
- Observação/colaboração no posicionamento para AG/LR.
- Observação/colaboração na indução anestésica e IOT.
- Explicação/demonstração da colocação de cateter epidural.
- Continuação da explicação dos parâmetros ventilatórios e modos ventilatórios.
- Continuação da explicação dos agentes anestésicos inalatórios/funcionamento dos vaporizadores.
- Exposição dos diferentes tubos endotraqueais.
- Exposição/demonstração da utilização dos dispositivos supraglóticos.
- Continuação da explicação da monitorização neuromuscular.
- Continuação da explicação/demonstração da monitorização invasiva – Catéter Central – Linha Arterial.
- Elaboração de registos em suporte gráfico.
- Elaboração de registos em suporte digital.
- Manuseamento do transfer de clientes.
- Colaboração no despertar da anestesia.

- Transferência/transmissão de informação do cliente para outra unidade de cuidados.
- Encerramento da sala.
- Realização de stocks.

<p>Período de avaliação intermédio Integrando/Integrador</p>
--

5ª SEMANA – SALA 1 / SALA 2⁴

(4) O facto das máquinas anestésicas destas salas serem diferentes das anteriores implica um novo período de adaptação por parte do integrando, pelo que este deve ficar liberado da transferência do cliente, de modo a interiorizar os conhecimentos sobre o funcionamento da máquina anestésica.

- Abertura da sala operatória.
- Verificação do equipamento de anestesia.
- Demonstração do funcionamento da máquina anestésica AVANCE.
- Demonstração do funcionamento do monitor de parâmetros hemodinâmicos AVANCE.
- Admissão do cliente.
- Explicação das diferentes “marquesas operatórias”.
- Manuseamento do transfer de clientes.
- Preparação dos fármacos utilizados na indução anestésica/anestesia LR.
- Explicação da farmacologia utilizada em anestesia.
- Administração de terapêutica.
- Observação/colaboração no posicionamento para AG/LR.
- Observação/colaboração na indução anestésica e IOT.
- Continuação da explicação dos parâmetros ventilatórios e modos ventilatórios.
- Continuação da explicação dos agentes anestésicos inalatórios/funcionamento dos vaporizadores.
- Exposição dos diferentes tubos endotraqueais.
- Exposição/demonstração da utilização dos dispositivos supraglóticos.
- Explicação da monitorização neuromuscular no monitor AVANCE.
- Elaboração de registos em suporte gráfico.
- Elaboração de registos em suporte digital.

- Colaboração no despertar da anestesia.
- Transferência/transmissão de informação do cliente para outra unidade de cuidados.
- Explicação de como resolver avarias de equipamento.
- Encerramento da sala.
- Realização de stocks.

6ª SEMANA – SALA 1 / SALA 2⁵

(5) O facto das máquinas anestésicas destas salas serem diferentes das anteriores implica um novo período de adaptação por parte do integrando, pelo que este deve ficar liberado da transferência do cliente, de modo a interiorizar os conhecimentos sobre o funcionamento da máquina anestésica.

- Abertura da sala operatória.
- Verificação do equipamento de anestesia.
- Demonstração do funcionamento da máquina anestésica AVANCE.
- Demonstração do funcionamento do monitor de parâmetros hemodinâmicos AVANCE.
- Admissão do cliente.
- Explicação das diferentes “marquesas operatórias”.
- Manuseamento do transfer de clientes.
- Preparação dos fármacos utilizados na indução anestésica/anestesia LR.
- Explicação da farmacologia utilizada em anestesia.
- Administração de terapêutica.
- Observação/colaboração no posicionamento para AG/LR.
- Observação/colaboração na indução anestésica e IOT.
- Continuação da explicação dos parâmetros ventilatórios e modos ventilatórios.
- Continuação da explicação dos agentes anestésicos inalatórios/funcionamento dos vaporizadores.
- Exposição dos diferentes tubos endotraqueais.
- Exposição/demonstração da utilização dos dispositivos supraglóticos.
- Continuação da explicação da monitorização neuromuscular.
- Explicação da monitorização da profundidade anestésica – BIS.
- Elaboração de registos em suporte gráfico.
- Elaboração de registos em suporte digital.

- Colaboração no despertar da anestesia.
- Transferência/transmissão de informação do cliente para outra unidade de cuidados.
- Explicação de como resolver avarias de equipamento.
- Encerramento da sala.
- Realização de stocks.

7ª SEMANA e 8ª SEMANA – SALA 1 / SALA 2

O formando deve executar todas as atividades de enfermagem na área de anestesia de forma autónoma mas com o acompanhamento do integrador.

Período de avaliação intermédio Integrando/Integrador

9ª SEMANA – SALA 3 – AMBULATÓRIO

- Abertura da sala operatória.
- Verificação do equipamento de anestesia.
- Demonstração do funcionamento da máquina anestésica AESPIRE.
- Demonstração do funcionamento do monitor de parâmetros hemodinâmicos AESPIRE.
- Circuito do cliente de ambulatório.
- Admissão do cliente na cirurgia de ambulatório.
- Preparação dos fármacos utilizados na indução anestésica/anestesia LR.
- Explicação da farmacologia utilizada em anestesia.
- Administração de terapêutica.
- Observação/colaboração no posicionamento para AG/LR/LOCAL Assistida – Tópica.
- Observação/colaboração na indução anestésica e IOT.
- Continuação da explicação dos parâmetros ventilatórios e modos ventilatórios.
- Continuação da explicação dos agentes anestésicos inalatórios/ funcionamento dos vaporizadores.
- Exposição dos diferentes tubos endotraqueais.
- Exposição/demonstração da utilização dos dispositivos supraglóticos.

- Continuação da explicação da monitorização neuromuscular.
- Explicação da monitorização da profundidade anestésica – BIS.
- Elaboração de registos em suporte gráfico.
- Elaboração de registos em suporte digital.
- Colaboração no despertar da anestesia.
- Transferência do cliente em regime de ambulatório.
- Explicação de como resolver avarias de equipamento.
- Encerramento da sala.
- Realização de stocks.

10ª SEMANA – SALA 6 / SALA 2 – PEDIATRIA / ORL / PLÁSTICA

- Abertura da sala operatória.
- Verificação do equipamento de anestesia.
- Adaptação da sala para o cliente pediátrico.
- Admissão do cliente pediátrico.
- Preparação dos fármacos utilizados na indução anestésica em pediatria.
- Explicação da farmacologia utilizada em anestesia.
- Administração de terapêutica.
- Observação/colaboração no posicionamento para AG/BLOQUEIO CAUDAL/BLOQUEIOS DE NERVOS PERIFÉRICOS.
- Observação/colaboração na indução anestésica e IOT/INT.
- Continuação da explicação dos parâmetros ventilatórios e modos ventilatórios.
- Continuação da explicação dos agentes anestésicos inalatórios/ funcionamento dos vaporizadores.
- Exposição dos diferentes tubos endotraqueais.
- Exposição/demonstração da utilização dos dispositivos supraglóticos.
- Elaboração de registos em suporte gráfico.
- Elaboração de registos em suporte digital.
- Colaboração no despertar da anestesia.
- Transferência do cliente pediátrico.
- Explicação de como resolver avarias de equipamento.
- Encerramento da sala.

- Realização de stocks.

11ª e 12ª SEMANAS

As mesmas atividades descritas anteriormente, estando o integrando acompanhado somente nos clientes pediátricos.

Avaliação Formativa do Integrando

Apêndice V
Avaliação da Fase de Anestesia

AVALIAÇÃO FORMATIVA DA FASE DE ANESTESIA

Tendo em atenção os objetivos deste período de integração e as atividades desenvolvidas na fase de anestesia, assinale o seu posicionamento com um círculo, na coluna da direita, segundo a escala de 1 a 5, sendo 1, o nível mais baixo e 5, o nível mais elevado.

COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO NA FASE DE ANESTESIA	ESCALA
Elabora plano de cuidados individualizado	1 ____ 2 ____ 3 ____ 4 ____ 5
Realiza o acolhimento do cliente no bloco operatório	1 ____ 2 ____ 3 ____ 4 ____ 5
Conhece as diferentes técnicas anestésicas	1 ____ 2 ____ 3 ____ 4 ____ 5
Conhece a ação e mecanismos de interação dos fármacos utilizados	1 ____ 2 ____ 3 ____ 4 ____ 5
Conhece o funcionamento de todo o equipamento necessário à anestesia do cliente	1 ____ 2 ____ 3 ____ 4 ____ 5
Colabora com o anestesista e responsabiliza-se pelos cuidados anestésicos ao cliente durante a cirurgia	1 ____ 2 ____ 3 ____ 4 ____ 5
Dá resposta a situações de urgência durante a cirurgia	1 ____ 2 ____ 3 ____ 4 ____ 5
Realiza registos de enfermagem intraoperatórios	1 ____ 2 ____ 3 ____ 4 ____ 5
Colabora na transferência do cliente para a UCI/UCPA	1 ____ 2 ____ 3 ____ 4 ____ 5
Transmite informações orais e escritas que permitam a continuidade dos cuidados	1 ____ 2 ____ 3 ____ 4 ____ 5
Reorganiza a sala operatória e procede à sua reposição	1 ____ 2 ____ 3 ____ 4 ____ 5

Para dar continuidade ao Programa de Integração, o integrando deverá atingir, pelo menos, a pontuação **3 em todos os itens**. Contudo, não se pretende transformar este processo numa avaliação quantitativa. O que se pretende é que seja realizada a avaliação dos objetivos preconizados pelo programa de integração e que seja avaliada a necessidade de prolongar ou não o tempo de integração para um desempenho eficaz desta função.

Observações:

Data da avaliação: _____

Integrando: _____

Integrador: _____

O Enfermeiro Chefe/Coordenador do Serviço: _____

Apêndice VI

Descrição da Integração na Fase de Circulação

DESCRIÇÃO DETALHADA DA INTEGRAÇÃO NA FASE DE CIRCULAÇÃO

O período de integração na fase da circulação deverá ter a duração de 8 semanas, das quais 4 são com o acompanhamento do integrador e as restantes 4 com supervisão, estando o integrador a instrumentar.

Objetivo da Integração na Circulação:

- Desenvolver competências como enfermeiro perioperatório.

A Integração do Enfermeiro deve ser dirigida para as seguintes atividades, de forma a ser atingido o objetivo proposto para esta fase da integração:

- Verificar o plano operatório e planear os cuidados.
- Solicitar, atempadamente, à AO todo o material e equipamento necessários para o posicionamento do cliente e para a realização da cirurgia.
- Confirmar as condições de higienização e climatização da sala operatória.
- Reunir, dispor e verificar a operacionalidade de todo o equipamento necessário ao ato cirúrgico.
- Colaborar, se necessário, com o enfermeiro que se encontra de anestesia, no acolhimento do cliente.
- Colaborar na preparação das mesas cirúrgica respeitando a técnica assética cirúrgica.
- Colaborar no posicionamento do cliente.
- Colocar o eléctrodo neutro do aparelho de eletrocoagulação fora do alcance da desinfecção do campo operatório.
- Manter o cliente confortável e aquecido, com as zonas de pressão apoiadas, destapando apenas a zona considerada como campo operatório, com margem suficiente para uma correta desinfecção da pele.
- Abrir a bata e as luvas esterilizadas para o instrumentista.
- Proceder à abertura da trouxa operatória, caixas de instrumentos e restante material.
- Auxiliar a restante equipa cirúrgica no vestir das batas.
- Fornecer todo o material necessário ao instrumentista durante a cirurgia, antecipando as necessidades da equipa.

- Colaborar com o enfermeiro instrumentista e restante equipa cirúrgica na criação e manutenção das condições de assepsia para a realização da cirurgia.
- Manter a disciplina na sala e vigiar possíveis quebras da técnica assética por parte dos elementos da equipa cirúrgica ou por elementos externos à cirurgia, corrigindo-as.
- Acondicionar, rotular e providenciar o envio das amostras biológicas recolhidas aos respetivos laboratórios.
- Confirmar e contar os instrumentos, compressas e cortantes em conjunto com o instrumentista, no início e no final, respetivamente, e sempre que se justifique.
- Fazer a verificação e registo de todos os passos da cirurgia segura.
- Realizar registos de material implantado no cliente.
- Realizar registos intraoperatórios na folha de enfermagem.
- Efetuar os registos e consumos no Ekanban.
- Dar resposta a situações de urgência durante a intervenção cirúrgica.
- Solucionar eventuais problemas ou avarias com equipamento ou dispositivos médicos utilizados.
- Preparar material de penso e drenagem.
- Colaborar na saída do cliente para a UCI/UCPA.
- Verificar com a AO o correto acondicionamento e transporte do instrumental e material sujo da sala de operações.
- Confirmar a requisição da anatomia patológica.
- Transmitir à AO todas as indicações consideradas necessárias para a limpeza e organização da sala para uma próxima cirurgia.
- Reorganizar a sala e prepará-la para uma próxima cirurgia, em colaboração com o enfermeiro que se encontra de anestesia.
- Comunicar ao coordenador do serviço qualquer inconformidade com o equipamento ou eventuais ruturas de *stock*.

<p>Avaliação Formativa do Integrando</p>
--

Apêndice VII
Avaliação da Fase de Circulação

AVALIAÇÃO FORMATIVA DA FASE DE CIRCULAÇÃO

Tendo em atenção os objetivos deste período de integração e as atividades desenvolvidas na fase de circulação, assinale o seu posicionamento com um círculo, na coluna da direita, segundo a escala de 1 a 5, sendo 1, o nível mais baixo e 5, o nível mais elevado.

COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO NA FASE DA CIRCULAÇÃO	ESCALA
Realiza o planeamento dos cuidados de acordo com o cliente, cirurgia e cirurgia	1 ____ 2 ____ 3 ____ 4 ____ 5
Controla as condições ambientais da sala	1 ____ 2 ____ 3 ____ 4 ____ 5
Prepara e testa todo o equipamento necessário à cirurgia	1 ____ 2 ____ 3 ____ 4 ____ 5
Colabora no acolhimento do cliente	1 ____ 2 ____ 3 ____ 4 ____ 5
Colabora na preparação das mesas cirúrgicas	1 ____ 2 ____ 3 ____ 4 ____ 5
Respeita a técnica assética cirúrgica	1 ____ 2 ____ 3 ____ 4 ____ 5
Colabora no posicionamento do cliente	1 ____ 2 ____ 3 ____ 4 ____ 5
Colabora com o enfermeiro instrumentista na criação e manutenção das condições de assepsia para a realização da cirurgia.	1 ____ 2 ____ 3 ____ 4 ____ 5
Colabora com o enfermeiro instrumentista nos procedimentos inerentes à cirurgia	1 ____ 2 ____ 3 ____ 4 ____ 5
Mantém a disciplina da sala e vigia o comportamento da equipa	1 ____ 2 ____ 3 ____ 4 ____ 5
Dá resposta a situações de urgência durante a cirurgia	1 ____ 2 ____ 3 ____ 4 ____ 5
Realiza a cirurgia segura	1 ____ 2 ____ 3 ____ 4 ____ 5
Realiza registos de enfermagem intraoperatórios	1 ____ 2 ____ 3 ____ 4 ____ 5
Prepara material de penso e drenagem	1 ____ 2 ____ 3 ____ 4 ____ 5
Realiza registos de material utilizado e implantado no cliente	1 ____ 2 ____ 3 ____ 4 ____ 5
Realiza contagens com o enfermeiro instrumentista	1 ____ 2 ____ 3 ____ 4 ____ 5
Colabora na saída do cliente para a UCI/UCPA	1 ____ 2 ____ 3 ____ 4 ____ 5

Para dar continuidade ao Programa de Integração, o integrando deverá atingir, pelo menos, a pontuação **3 em todos os itens**. Contudo, não se pretende transformar este processo numa avaliação quantitativa. O que se pretende é que seja realizada a avaliação dos objetivos preconizados pelo programa de integração e que seja avaliada a necessidade de prolongar ou não o tempo de integração para um desempenho eficaz desta função.

Observações:

Data da avaliação: _____

Integrando: _____

Integrador: _____

O Enfermeiro Chefe/Coordenador do Serviço: _____

Apêndice VIII

Descrição da Integração na Fase de Instrumentação

DESCRIÇÃO DETALHADA DA INTEGRAÇÃO NA FASE DE INSTRUMENTAÇÃO

O período de integração na fase de instrumentação deverá ter a duração de 8 semanas, das quais 4 são com o acompanhamento do integrador e as restantes 4 com supervisão, estando o integrador a circular.

Objetivo da Integração do Enfermeiro na Fase da Instrumentação:

- Desenvolver competências como enfermeiro perioperatório.

A Integração do Enfermeiro deve ser dirigida para as seguintes atividades, de forma a ser atingido o objetivo proposto para esta fase da integração:

- Verificar o plano operatório e planear os cuidados.
- Colaborar na preparação do equipamento, instrumental e dispositivos médicos para a cirurgia.
- Realizar a lavagem cirúrgica das mãos.
- Vestir bata e calçar as luvas cirúrgicas com técnica assética.
- Abrir trouxa cirúrgica e cobrir mesa de instrumentos.
- Posicionar e ordenar os instrumentos cirúrgicos na mesa de instrumentos.
- Ajudar os outros elementos da equipa cirúrgica a vestir a bata e a calçar as luvas com técnica assética.
- Colaborar na desinfeção do campo operatório e na colocação dos campos esterilizados.
- Identificar e antecipar as necessidades do cirurgião durante a cirurgia.
- Garantir a manutenção da técnica assética de todos os elementos da equipa durante a cirurgia.
- Zelar pela segurança e conforto do cliente em todas as fases da cirurgia.
- Realizar corretamente e com segurança a passagem dos instrumentos cirúrgicos.
- Manter a organização e a assepsia da mesa de instrumentação.
- Identificar e entregar ao enfermeiro que se encontra a circular, todas as amostras biológicas e providenciar que sejam corretamente acondicionadas conforme o fim a que se destinam.

- Solucionar eventuais problemas que possam surgir no decurso da cirurgia nomeadamente, mau funcionamento ou avaria do equipamento ou dispositivos médicos usados.
- Efetuar contagens do instrumental cirúrgico, compressas e cortantes no início e no final da cirurgia, e sempre que necessário.
- Realização do penso operatório.
- Remover o instrumental cirúrgico da mesa de instrumentação, bem como de todos os dispositivos médicos usados e providenciar o seu correto acondicionamento e transporte consoante o fim a que se destinam.

Avaliação Formativa do Integrando

Apêndice IX

Avaliação da Fase de Instrumentação

AVALIAÇÃO FORMATIVA DA FASE DE INSTRUMENTAÇÃO

Tendo em atenção os objetivos deste período de integração e as atividades desenvolvida na fase da instrumentação, assinale o seu posicionamento com um círculo, na coluna da direita, segundo a escala de 1 a 5, sendo 1, o nível mais baixo e 5, o nível mais elevado.

COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO NA FASE DE INSTRUMENTAÇÃO	ESCALA
Planifica os cuidados tendo em conta as características do cliente, cirurgia e cirurgião	1 ____ 2 ____ 3 ____ 4 ____ 5
Colabora na preparação de instrumental e equipamento para a cirurgia	1 ____ 2 ____ 3 ____ 4 ____ 5
Realiza a lavagem cirúrgica das mãos, veste bata e calça luvas de acordo com as normas do bloco	1 ____ 2 ____ 3 ____ 4 ____ 5
Prepara as mesas para a cirurgia, respeitando a técnica assética cirúrgica	1 ____ 2 ____ 3 ____ 4 ____ 5
Colabora com a equipa e a restante equipa cirúrgica	1 ____ 2 ____ 3 ____ 4 ____ 5
Responsabiliza-se pela manutenção da técnica assética durante toda a intervenção	1 ____ 2 ____ 3 ____ 4 ____ 5
Conhece os vários tempos operatórios e antecipa-se ao cirurgião	1 ____ 2 ____ 3 ____ 4 ____ 5
Realiza a passagem dos instrumentos corretamente e com segurança	1 ____ 2 ____ 3 ____ 4 ____ 5
Realiza a manutenção intraoperatória dos instrumentos cirúrgicos	1 ____ 2 ____ 3 ____ 4 ____ 5
Mantem a organização da mesa de instrumentação	1 ____ 2 ____ 3 ____ 4 ____ 5
Realiza contagens de instrumental cirúrgico	1 ____ 2 ____ 3 ____ 4 ____ 5
Colabora na colocação de drenagens e realização do penso operatório	1 ____ 2 ____ 3 ____ 4 ____ 5
Realiza a remoção de instrumental cirúrgico, da mesa operatória	1 ____ 2 ____ 3 ____ 4 ____ 5

Para dar continuidade ao Programa de Integração, o integrando deverá atingir, pelo menos, a pontuação **3 em todos os itens**. Contudo, não se pretende transformar este processo numa avaliação quantitativa. O que se pretende é que seja realizada a avaliação dos objetivos preconizados pelo programa de integração e que seja avaliada a necessidade de prolongar ou não o tempo de integração para um desempenho eficaz desta função.

Observações:

Data da avaliação: _____

Integrando: _____

Integrador: _____

O Enfermeiro Chefe/Coordenador do Serviço: _____

Apêndice X
Avaliação do Programa de Integração

AVALIAÇÃO DO PROGRAMA DE INTEGRAÇÃO

Terminado o programa de integração, pretende-se que o integrando realize a sua avaliação. Esta tem como objetivo, verificar a eficácia do Plano e identificar a necessidade de introduzir medidas corretivas, que facilitem a integração de futuros profissionais. Realize a sua avaliação, segundo a escala de 1 a 5, sendo 1, o nível mais baixo e 5, o nível mais elevado.

Seja o mais objetivo e sincero.

1 – O Programa de integração deu resposta às suas expectativas?

1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5

2 – Considera que os conteúdos abordados foram os adequados?

1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5

3 – Considera importante o suporte teórico fornecido pelo integrador?

1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5

4 – O tempo de integração preconizado para o desenvolvimento do programa foi adequado?

1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5

5 – Como considera o empenho do seu integrador, face à resposta das suas necessidades?

1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5

6 – Como avalia o apoio transmitido pela equipa de enfermagem?

1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5

7 – Considera importante os períodos de avaliação formativa, em cada fase do programa?

1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5

8 – Como avalia a sua motivação demonstrada ao longo do programa?

1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5

9 – Considera ter alcançado os objetivos preconizados para cada fase do programa?

1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5

10 – Considera-se integrado no Bloco Operatório?

1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5

Comentários/Sugestões:

Data da avaliação: _____

Integrando: _____

Integrador: _____


O Enfermeiro Chefe/Coordenador do Serviço: _____

APÊNDICE 9

(APRESENTAÇÃO DO PROGRAMA DE INTEGRAÇÃO)

IPS ESS

3º Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica



Docente Orientadora: Prof.ª Mariana Pereira
Orientadora de Estágio: Enf.ª Célia Relvas

Mestranda: Rolanda Macedo

Outubro 2014

IPS ESS

3º Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica

PROGRAMA DE INTEGRAÇÃO DE NOVOS ENFERMEIROS NO BLOCO OPERATÓRIO

Docente Orientadora: Prof.ª Mariana Pereira
Orientadora de Estágio: Enf.ª Célia Relvas

Mestranda: Rolanda Macedo

Outubro 2014

OBJETIVOS GERAIS

- ❖ Apresentar o Projeto de Intervenção em Serviço.
- ❖ Divulgar a Proposta do Programa de Integração de Novos Enfermeiros no Bloco Operatório.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ❖ Proporcionar o envolvimento da equipa de enfermagem na proposta do programa de integração a implementar.
- ❖ Sensibilizar os enfermeiros para a importância de um programa de integração no bloco operatório.
- ❖ Divulgar o manual de integração elaborado.
- ❖ Contribuir para que os enfermeiros conheçam as etapas do programa de integração.
- ❖ Proporcionar o esclarecimento de dúvidas sobre a proposta do programa de integração e alcançar possíveis sugestões.


Cinco Etapas do Projeto de Intervenção em Serviço:

- ❖ 1ª Etapa: Diagnóstico de Situação
- ❖ 2ª Etapa: Definição de Objetivos
- ❖ 3ª Etapa: Planeamento do Projeto
- ❖ 4ª Etapa: Implementação do Projeto
- ❖ 5ª Etapa: Avaliação do Projeto

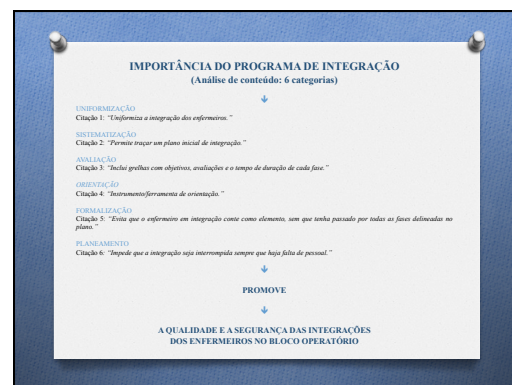
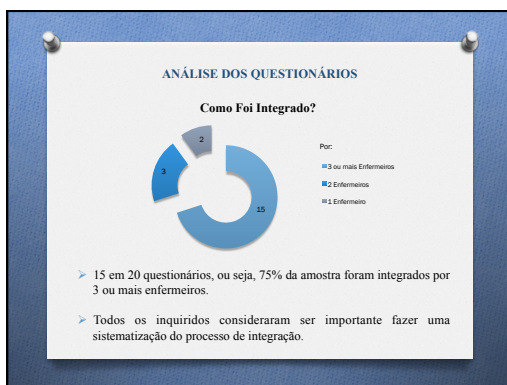
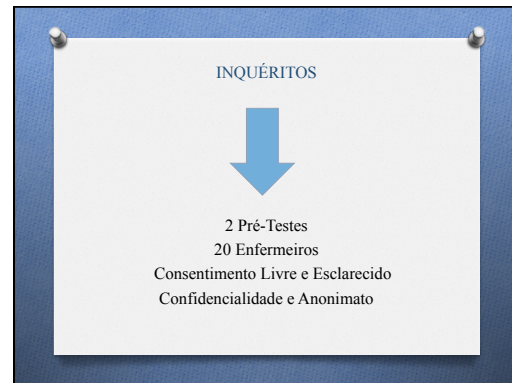
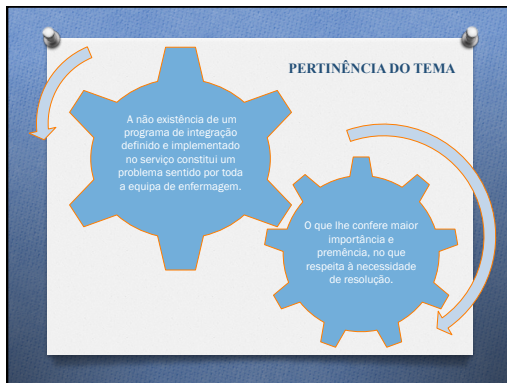
Projeto de Intervenção em Serviço

DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO

(1ª Etapa)



Observação
Entrevistas
Inquéritos



REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

A AESOP considera o processo de integração como uma fase essencial de aprendizagem e adaptação às várias funções do enfermeiro perioperatório.

Modelo de Desenvolvimento de Competências, segundo Patricia Benner:

Estado 1 – Iniciado: não tem experiência com as situações com que é confrontado. As regras são-lhe apresentadas, em termos objetivos, de forma a orientar os seus atos, pelo que apresenta um comportamento rígido no cumprimento das mesmas.

Estado 2 – Iniciado Avançado: apresenta um comportamento aceitável, uma vez que já vivenciou situações reais das quais extrai fatores significativos e que reproduziu em situações idênticas; necessita de ser enquadrado no contexto da prática, por exemplo, na gestão de prioridades.

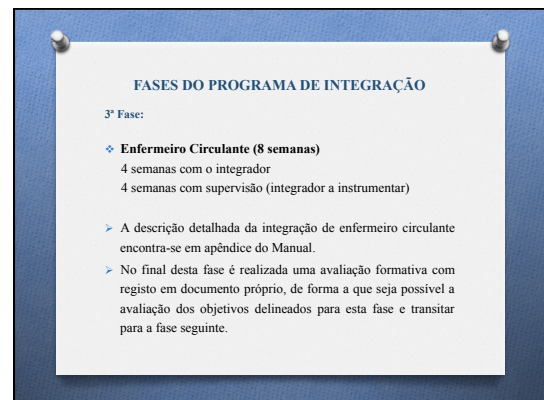
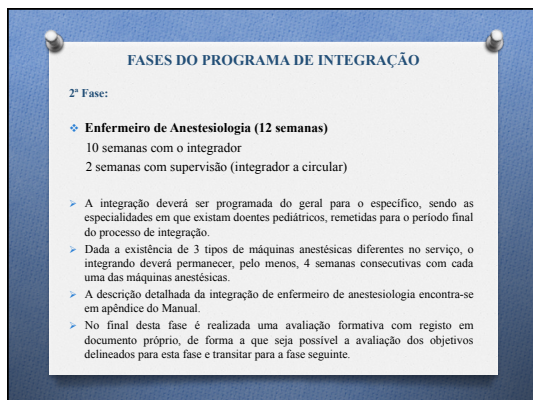
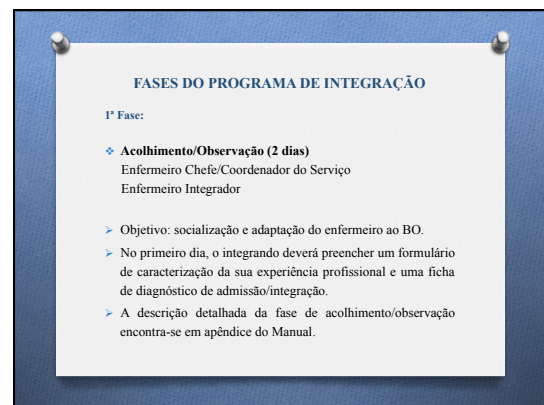
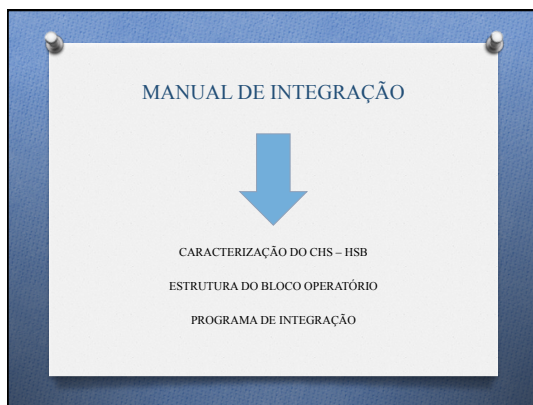
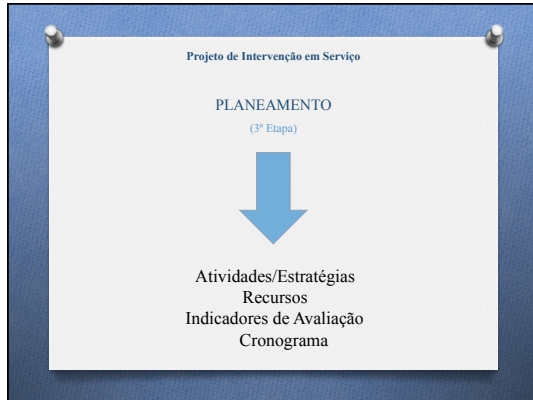
REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Modelo de Desenvolvimento de Competências, segundo Benner (2001):

Estado 3 – Competente: o enfermeiro que exerce funções no mesmo serviço há 2 ou 3 anos e que é capaz de aperceber-se, em termos objetivos, dos seus atos e planos, conscientes e deliberados; tem uma postura de quem sabe o que faz e de que é capaz de responder a imprevistos na sua prática de enfermagem.

Estado 4 – Proficiente: entende as situações como partes de um todo e não como atos isolados; toma decisões conscientes e aprende com a experiência o que esperar em determinadas situações e como alterar os seus planos de ação.

Estado 5 – Perito: suporta a sua ação a partir da experiência e compreende cada situação de forma intuitiva; já não se baseia em regras ou princípios. O seu desempenho é altamente complexo e eficaz.



FASES DO PROGRAMA DE INTEGRAÇÃO

4ª Fase:

❖ **Enfermeiro Instrumentista (8 semanas)**

4 semanas com o integrador

4 semanas com supervisão (integrador a circular)

- A descrição detalhada da integração de enfermeiro instrumentista encontra-se em apêndice do Manual.
- No final desta fase é realizada uma avaliação formativa com registo em documento próprio, de forma a que seja possível a avaliação dos objetivos delineados para esta fase e transitar para a fase seguinte.
- Terminado o Programa de Integração, o integrando deve realizar a sua avaliação, em documento próprio, verificando a eficácia do programa e identificando a necessidade de introduzir medidas corretivas, que facilitem a integração de futuros profissionais.

Projeto de Intervenção em Serviço

AVALIAÇÃO

(5ª Etapa)



Avaliação do Programa de Integração

Bibliografia

- ❖ AESOP – *Enfermagem Perioperatória: Da Filosofia à Prática dos Cuidados*. Loures: Lusodidacta, 2012. ISBN: 978-972-8930-16-5
- ❖ BENNER, Patrícia – *De Iniciado a Perito*. Coimbra: Quarteto editora, 2001. ISBN: 972-8535-97-x.

**OBRIGADA PELA VOSSA
ATENÇÃO !!**

APÊNDICE 10
(LISTA DE VERIFICAÇÃO DA
TOMADA DE CONHECIMENTO DO PIS)

PROGRAMA DE INTEGRAÇÃO DE NOVOS ENFERMEIROS NO BO

Coordenador do BO: Enf.º MF Docente Orientadora: Professora Mariana Pereira
Orientadora de Estágio: Enf.ª Céu Relvas Mestranda: Rolanda Macedo

ENFERMEIROS do BO:

MF	
VR	
HR	
AV	
AG	
AL	
AF	
ES	
EP	
IP	
JM	
MR	
MB	
MR	
MP	
MB	
MP	
MR	
PC	
RS	

RM	
SR	
SS	
SR	
TC	
SM	
CS	
AD	
MT	
MS	
VM	
QS	
AC	
AR	
FS	
IA	
ZR	
MN	
MS	
LS	
CP	
AB	
CF	

APÊNDICE 11

(PROCEDIMENTO DE INTEGRAÇÃO)

	<i>Procedimento de Integração de Novos Enfermeiros no Bloco Operatório Central do CHX</i>	Data de entrada em vigor:	--/--/--
		Revisão X	--/--/--
		Próxima revisão:	--/--/--
		Cód. Documento:	PS.YYYY.00

1. Objetivo

Garantir a existência de um documento, no qual se encontre identificado um conjunto de orientações a adotar durante a integração de novos enfermeiros no Bloco Operatório Central (BOC) do Hospital X.

Contribuir para a melhoria do processo de integração de novos elementos, no BOC do HX.

2. Campo de aplicação

Este procedimento aplica-se a todos os enfermeiros que iniciem atividades no BOC.

3. Siglas, abreviaturas e definições

AESOP – Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portuguesas

BOC – Bloco Operatório Central

CA – Conselho de Administração

HX – Hospital X

UCA – Unidade de Cirurgia de Ambulatório

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

UCPA – Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos

UE – Unidade de Esterilização

4. Referências

CHKS, Programa de Acreditação Internacional para Organizações Prestadoras de Cuidados de Saúde.

Normas para a Acreditação, 4ª Edição, Versão 01 (Julho 2013); critérios 52.41, 52.43.

AESOP – Enfermagem Perioperatória: Da Filosofia à Prática dos Cuidados. Loures: Lusodidacta, 2012.

ISBN: 978-972-8930-16-5.

Manual de Políticas e Procedimentos do HX – Procedimento “RHU.04”. Disponível na intranet.

5. Responsabilidades

A responsabilidade deste procedimento compete:

AO CA pela ratificação e divulgação do procedimento.

	<i>Procedimento de Integração de Novos Enfermeiros no Bloco Operatório Central do CHX</i>	Data de entrada em vigor:	--/--/--
		Revisão X	--/--/--
		Próxima revisão:	--/--/--
		Cód. Documento:	PS.YYYY.00

Ao Enfermeiro Chefe/Coordenador do Serviço pela sua implementação, na atuação da equipa de enfermagem do BOC.

Aos Enfermeiros Integrador e Integrando pelo seu cumprimento.

6. Procedimento

Segundo a AESOP, a elaboração de um plano de integração é indispensável para a sistematização da integração pois, facilita o processo de integração dos novos enfermeiros e melhora a qualidade e a segurança das integrações dos enfermeiros no BOC.

O programa de integração inclui o conhecimento da estrutura física, do equipamento e seu manuseamento, o inter-relacionamento com a equipa multidisciplinar e o conhecimento técnico e científico.

A nomeação do enfermeiro integrador é da responsabilidade do Enfermeiro Chefe/Coordenador do BOC, devendo ser selecionado um elemento do serviço que se destaque pelas suas competências nas áreas específicas para a integração.

O enfermeiro em integração deve preencher um formulário de caracterização da sua experiência profissional, e uma ficha de diagnóstico de admissão/integração, de modo a programar-se um plano de integração adequado às suas necessidades.

Foi criado um dossier de integração dos enfermeiros no BOC, que se encontra no gabinete do Chefe/Coordenador do Serviço e onde são arquivados os formulários, as fichas de admissão e de avaliação, que o integrando preenche ao longo do período de integração.

O programa de integração é um processo dinâmico podendo sofrer alterações, na sua duração, sempre que o enfermeiro integrador e/ou o enfermeiro integrando assim o exijam.

No final de cada fase intra-operatória é realizada uma avaliação formativa, com registo em documento próprio, para que seja possível a avaliação dos objetivos delineados, possibilitando a transição para a fase seguinte.

Na primeira fase: Acolhimento/Observação

Duração: 2 dias

Objetivo: Permitir a socialização e a adaptação do novo enfermeiro ao BOC.

Conhecimentos a adquirir: A dinâmica organizacional do serviço, as normas, os procedimentos e as funções que irá desempenhar.

A fase de acolhimento/observação deve ser dirigida para as seguintes atividades:

- Conhecer a estrutura física, organizacional e funcional do BOC.
- Conhecer a estrutura física da UCPA.
- Conhecer os elementos da equipa multidisciplinar que integram o BOC, UCA e UCPA.
- Ser informado sobre a Descrição de Funções dos Enfermeiros do BOC do HX.

	<i>Procedimento de Integração de Novos Enfermeiros no Bloco Operatório Central do CHX</i>	Data de entrada em vigor:	--/--/--
		Revisão X	--/--/--
		Próxima revisão:	--/--/--
		Cód. Documento:	PS.YYYY.00

- Conhecer normas e procedimentos do serviço e outros documentos importantes para as suas funções.
- Ser informado sobre as normas e procedimentos de Controlo de Infecção: Higiênização das Mãos, Comportamentos Corretos no Bloco Operatório e Equipamento de Proteção Individual.
- Ser informado sobre as normas internas de segurança referentes ao Risco Clínico como Relatos de Incidente, Administração de Componentes Sanguíneos e Participação de Acidente de Trabalho.
- Ser informado sobre as normas de segurança referentes à atuação perante Emergência/Catástrofe Interna no HX.
- Conhecer as normas de segurança referentes ao BOC, nomeadamente Segurança contra Incêndio e Evacuação de Clientes.
- Conhecer os impressos e livros de registos existentes no BOC.
- Conhecer a articulação com outros serviços do hospital.
- Observar os diversos equipamentos utilizados no BOC.
- Conhecer os horários de funcionamento da UE.
- Conhecer os circuitos do BOC.
- Conhecer o funcionamento de uma sala operatória.

Na segunda fase: Anestesia

Duração: 3 meses

Objectivo: Adquirir competências na prestação de cuidados ao cliente cirúrgico durante todo o percurso anestésico na cirurgia eletiva convencional ou em regime de ambulatório, assim como em situação de urgência ou emergência cirúrgica.

Conhecimentos a adquirir: Técnicas anestésicas, equipamento anestésico, monitorização do cliente anestesiado, farmacologia e interações medicamentosas, complicações e risco em anestesia, técnicas de controlo de infeção em anestesia e noções de fisiologia respiratória.

A descrição detalhada da integração em anestesia encontra-se no Manual de Integração de Novos Enfermeiros no BOC (Anexo I).

Na terceira fase: Circulação

Duração: 2 meses

Objectivo: Adquirir competências na prestação de cuidados ao cliente cirúrgico durante todo o percurso intra-operatório na cirurgia eletiva convencional ou em regime de ambulatório, assim como em situação de urgência ou emergência cirúrgica.

Competências a adquirir: Técnicas cirúrgicas, equipamento cirúrgico, instrumental cirúrgico, técnicas de controlo de infeção em cirurgia, gestão do risco em cirurgia e complicações cirúrgicas.

	<i>Procedimento de Integração de Novos Enfermeiros no Bloco Operatório Central do CHX</i>	Data de entrada em vigor:	--/--/--
		Revisão X	--/--/--
		Próxima revisão:	--/--/--
		Cód. Documento:	PS.YYYY.00

A descrição detalhada da integração em circulação encontra-se no Manual de Integração de Novos Enfermeiros no BOC (Anexo I).

Na quarta fase: **Instrumentação**

Duração: 2 meses

Objetivo: Adquirir competências na prestação de cuidados ao cliente cirúrgico durante todo o percurso intra-operatório na cirurgia eletiva convencional ou em regime de ambulatório, assim como em situação de urgência ou emergência cirúrgica.

Competências a adquirir: Técnicas cirúrgicas, equipamento cirúrgico, instrumental cirúrgico, técnicas de controlo de infeção em cirurgia, gestão do risco em cirurgia, complicações cirúrgicas e noções de anatomia e fisiologia.

A descrição detalhada da integração em instrumentação encontra-se no Manual de Integração de Novos Enfermeiros no BOC (Anexo I).

Conclusão da Integração

Cada fase deve ter um período intercalar de avaliação, com o objetivo de analisar quais as competências adquiridas, de forma a orientar o restante período de integração para a melhoria das aptidões que se encontrem menos desenvolvidas.

No final do programa de integração, o integrando deve realizar a avaliação do programa, verificando a eficácia do mesmo e identificando a necessidade de introduzir medidas corretivas, que facilitem a integração de futuros profissionais.

O desfecho do processo de integração só terá lugar após a avaliação final e quando a tríade de formação – Enfermeiros Chefe/Coordenador, Integrador e Integrando – estiverem em consonância de que, o novo elemento de enfermagem reúne as competências necessárias para levar a cabo todas as funções de enfermeiro de BOC.

7. Anexos

Anexo 1 – Manual de Integração de Novos Enfermeiros no Bloco Operatório Central

Elaboração:	Revisão:	Ratificação:
Enf. ^a Rolanda Macedo	Enf.º Coordenador MF	Diretor do Serviço Enfermeiro Coordenador do Serviço
		Data:

APÊNDICE 12
(INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DO
PROGRAMA DE INTEGRAÇÃO)

AVALIAÇÃO DO PROGRAMA DE INTEGRAÇÃO

Terminado o programa de integração, pretende-se que o integrando realize a sua avaliação. Esta tem como objetivo, verificar a eficácia do Plano e identificar a necessidade de introduzir medidas corretivas, que facilitem a integração de futuros profissionais. Realize a sua avaliação, segundo a escala de 1 a 5, sendo 1, o nível mais baixo e 5, o nível mais elevado.

Seja o mais objetivo e sincero.

1 – O Programa de integração deu resposta às suas expectativas?

1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5

2 – Considera que os conteúdos abordados foram os adequados?

1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5

3 – Considera importante o suporte teórico fornecido pelo integrador?

1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5

4 – O tempo de integração preconizado para o desenvolvimento do programa foi adequado?

1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5

5 – Como considera o empenho do seu integrador, face à resposta das suas necessidades?

1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5

6 – Como avalia o apoio transmitido pela equipa de enfermagem?

1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5

7 – Considera importante os períodos de avaliação formativa, em cada fase do programa?

1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5

8 – Como avalia a sua motivação demonstrada ao longo do programa?

1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5

9 – Considera ter alcançado os objetivos preconizados para cada fase do programa?

1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5

10 – Considera-se integrado no Bloco Operatório?

1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5

Comentários/Sugestões:

Data da avaliação: _____

Integrando: _____

Integrador: _____

APÊNDICE 13
(POSTER SOBRE INTEGRAÇÃO
DOS ENFERMEIROS NO BO)



INTEGRAÇÃO DE ENFERMEIROS NO BLOCÓ OPERATÓRIO

Rolanda Macedo 1, 2; Maria do Céu Relvas 2; Mariana Pereira 3

1 Estudante do 3º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica da ESS/IPS / 2 Enfermeira no Centro Hospitalar de Setúbal, Setúbal, Portugal /

3 Professora da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal, Setúbal, Portugal



INTRODUÇÃO

A integração é um processo fundamental para qualquer enfermeiro recém-chegado ao bloco operatório e deverá ser encarada como uma fase essencial de aprendizagem e adaptação às várias funções do enfermeiro perioperatório¹.

A frequentar o 3º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, encontramos-nos em estágio e do mesmo faz parte a realização de um Projeto de Intervenção em Serviço, que tem como temática “Integração dos Enfermeiros no Bloco Operatório” e está a ser desenvolvido num bloco operatório central de um Hospital Distrital.

OBJETIVO

Refletir sobre a importância de um programa de integração bem definido e estruturado na integração dos enfermeiros no bloco operatório, apoiado nos resultados obtidos.

METODOLOGIA

Encontramo-nos a realizar a primeira etapa do projeto – Diagnóstico de Situação. O diagnóstico de situação é feito tendo por base o levantamento das necessidades e a análise de informações do serviço em causa².

Para que fosse possível validar junto da equipa de enfermagem a necessidade de trabalhar a temática “Integração dos Enfermeiros no Bloco Operatório” foi elaborado um questionário, onde os elementos daquela foram inquiridos acerca desse processo.

No presente poster apresenta-se a divulgação da análise dos questionários.

RESULTADOS



CONCLUSÃO

A integração é determinante no sucesso da adaptação do profissional à organização e consequentemente no seu desempenho profissional, pois ao enfermeiro que inicia funções no bloco operatório, embora tenha, na maioria dos casos, experiência profissional, ainda falta o sentimento de pertença efetiva e afetiva à organização e ao local de trabalho, bem como a segurança, que só lhe poderá ser proporcionada se lhe for feita uma adequada integração³.

O facto de não existir um programa de integração definido e implementado neste serviço constitui um problema sentido por todos os enfermeiros que responderam ao questionário, o que lhe confere maior importância e consistência, no que respeita à necessidade de resolução.

Referências

1. AESOP – *Enfermagem Perioperatória: Da Filosofia à Prática dos Cuidados*. [s.n.] Loures: Lusodidacta, 2006. ISBN 972-8930-16-X
2. CHIAVENATO, Idalberto – *Recursos Humanos*. 3ª edição. São Paulo: Editora Atlas, 1991, p. 101-239.
3. FREDERICO, Manuela; LEITÃO, Maria dos Anjos – *Princípios de Administração para Enfermeiros*. Coimbra: Formasau, 1999. ISBN 972-8485-09-3.

APÊNDICE 14

(PLANEAMENTO E CRONOGRAMA DO PAC)

PLANEAMENTO DO PAC

PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

Cuidar da Pessoa em Situação de Crise

Das necessidades levantadas na contextualização do PAC, planeamos que o desenvolvimento desta competência será no âmbito da prestação direta de cuidados na sala de urgência do BO, devido à complexidade da situação de saúde da pessoa característica deste serviço.

O BO é um serviço em que a pessoa/família é confrontada com a necessidade de uma intervenção cirúrgica de urgência e porque não existe comunicação entre os profissionais e a família, no período intra-operatório, em caso de cirurgias de urgência, faz parte do nosso planeamento, fazer esse acompanhamento da família nesse período. É fundamental que os profissionais de saúde apoiem e esclareçam os familiares, no sentido de reduzir sentimentos de angústia presentes face ao sofrimento do seu ente querido (PIMENTA, MOTA e CRUZ, 2006). Para que possam compreender e colaborar nas adaptações que todo o processo de doença implica, necessitam de ser informados sobre o mesmo (DGS, 2004).

Envolver os familiares nos cuidados possibilita-lhes ter algum controlo da situação e reduz sentimentos de impotência perante a mesma (SFAP, 2000). De acordo com o Artigo 5º da Lei n.º 106/2009, “(...) *os profissionais de saúde devem prestar ao acompanhante a conveniente informação e orientação para que este possa, se assim o entender, sob a supervisão daqueles, colaborar na prestação de cuidados à pessoa internada.*” (D.R., 2009, p. 6254).

No âmbito da dor, como não será possível iniciar o registo da avaliação da dor na folha de registos de enfermagem porque foram criados protocolos de analgesia para o intra-operatório, de acordo com as cirurgias efetuadas, e que vão começar a ser implementados, será proposto à Dr.ª SR, responsável pelo grupo de trabalho de elaboração dos protocolos, que apresente à equipa de enfermagem uma sessão de esclarecimento sobre os protocolos criados.

O Objetivo delineado foi “*Adquirir competências que promovam boas práticas na abordagem da dor intra-operatória*”. De forma a atingir este objetivo, propomos a seguinte Atividade: “*Sessão sobre Protocolos Cirúrgicos*”.

Das atividades supracitadas, os Indicadores de Avaliação são: “*Mais de 75% da equipa de enfermagem assista à sessão*”.

A Estratégia será uma boa divulgação da sessão e falar com o coordenador do serviço, para que seja possível a compensação desse tempo da sessão, aos enfermeiros que não estejam escalados nesse turno. Também poderá marcar-se uma outra data para a mesma sessão, de forma a se conseguir abranger o maior número de enfermeiros.

Os Recursos previstos para esta atividade serão o computador, retroprojektor, equipa de enfermagem do BO e Dr.^a SR.

Dinamizar a Resposta à Catástrofe e/ou Emergência Multivítima

É de referir que esta temática também foi desenvolvida no PIS, aquando da elaboração do programa de integração dos novos enfermeiros no BO, que inclui os procedimentos: Plano de Emergência/Catástrofe Interno, Evacuação de Clientes e Segurança Contra Incêndios. Inclui também as normas internas de segurança referentes ao Risco Clínico como Relatos de Incidente, Administração de Componentes Sanguíneos e Participação de Acidente de Trabalho.

Das necessidades identificadas na contextualização da situação, através da auditoria ao BO, realizada por nós, consideramos benéfico, apresentar uma sessão com prática simulada sobre evacuação de clientes no BO, aos enfermeiros e assistentes operacionais. Durante a sessão, será possível que os profissionais presentes identifiquem os mecanismos de atuação em situação de catástrofe, tenham a percepção geral do algoritmo de evacuação de clientes e realizem, tendo em conta a sua função específica, uma correta evacuação de um cliente.

Assim, o Objetivo proposto é “*Mobilizar conhecimentos acerca do Plano de Emergência Interno Hospitalar, no que respeita à evacuação de doentes*”. A Atividade delineada é a “*Sessão e Prática Simulada sobre Evacuação de Doentes no BO*”.

Para a atividade supracitada, o Indicador de Avaliação é a “*Prática Simulada*”, em que se pretende que todos os participantes na sessão a realizem, com funções distribuídas.

A Estratégia será uma boa divulgação da sessão e falar com o coordenador do serviço, para que seja possível a compensação desse tempo da sessão, aos profissionais que não estejam escalados nesse turno. Também poderá marcar-se uma outra data para a mesma sessão, de forma a se conseguir abranger o maior número de profissionais.

Os Recursos previstos para esta atividade são: computador, retroprojeto, cartões de identificação com as funções descritas, extintor, marquesa, cama, aquecedor e manta, lençol,ambu, tubo endotraqueal, bala de O₂, equipa de enfermagem, assistentes operacionais e anestesista.

Prevenção e Controlo de Infeção

Esta temática também foi desenvolvida no PIS, aquando da elaboração do programa de integração dos novos enfermeiros no BO, que inclui os procedimentos do Controlo de Infeção: Higienização das Mãos, Comportamentos Corretos no Bloco Operatório e Equipamento de Proteção Individual.

Planeamos com a responsável do Controlo de Infeção do BO, realizar três ações de formação para as assistentes operacionais sobre: Fardamento no BO; Utilização de EPI e Higienização das Mãos por constatarmos, durante a contextualização da situação, que as assistentes operacionais têm tido uma grande rotatividade, o que faz com que atualmente exista um grande número de profissionais recém-chegadas, sem experiência em trabalhar num BO, o que dificulta em grande medida o funcionamento deste serviço.

O Objetivo é “*Promover boas práticas no BO*”. De forma a atingir este objetivo, propomos a seguinte Atividade: “*Três Ações de Formação sobre Fardamento no BO; Utilização de EPI; e Higienização das Mãos*”.

Das atividades supracitadas, os Indicadores de Avaliação são: “*3 Fichas de Avaliação Formativas sobre cada Sessão*”.

A Estratégia será uma boa divulgação das formações. Também poderão marcar-se outras datas para as mesmas formações, de forma a se conseguir abranger o maior número de assistentes operacionais.

Os Recursos previstos para esta atividade serão o computador, o retroprojeto, as fichas de avaliação, o folheto informativo, lista para inscrição na formação institucional e as assistentes operacionais.

PESSOA EM SITUAÇÃO CRÓNICA E PALIATIVA

- **Cuida de pessoas com doença crónica, incapacitante e terminal, dos seus cuidadores e familiares, em todos os contextos de prática clínica, diminuindo o seu sofrimento, maximizando o seu bem-estar, conforto e qualidade de vida.**
- **Estabelece relação terapêutica com pessoas com doença crónica incapacitante e terminal, com os seus cuidadores e familiares, de modo a facilitar o processo de adaptação às perdas sucessivas e à morte.**

Como já foi referido, estas competências não foram desenvolvidas em estágio porque, apesar de no BO termos contacto com pessoas com doença crónica, incapacitante e terminal, que são submetidas a cirurgias, as intervenções desenvolvidas não têm por base um plano de cuidados, com uma visão holística da pessoa, incluindo familiares e cuidadores, numa relação terapêutica que visa a identificação de necessidades, a redução do sofrimento e a promoção da qualidade de vida.

Foi elaborada uma reflexão sobre esta temática na contextualização da situação.

O Objetivo é “*Adquirir conhecimentos e desenvolver competências na área da pessoa em situação crónica e paliativa*”. De forma a atingir este objetivo, propomos as seguintes Atividades: “*Formação: Dignidade em Fim de Vida e Curso Básico de Cuidados Paliativos da Associação Portuguesa dos Cuidados Paliativos*”.

Das atividades supracitadas, os Indicadores de Avaliação são: “*Reflexão sobre Pessoa em Situação Crónica e Paliativa*”.

As Estratégias serão frequentar a formação e o curso, participando em todos os momentos de partilha e troca de experiências, e expor as dúvidas que surgirem .

Os Recursos previstos para esta atividade serão o computador, o retroprojektor, as fichas de avaliação, apresentações e bibliografia em suporte informático, bloco, caneta, enfermeiros, médicos, assistentes sociais, psicólogos e padre.

PLANEAMENTO DO PAC – PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

	Cuida da Pessoa em Situação Crítica	Resposta na Catástrofe e/ou Emergência Multivítima	Prevenção e Controlo de Infecção
Objetivos	Adquirir competências que promovam boas práticas na abordagem da dor intra-operatória	Mobilizar conhecimentos acerca do Plano de Emergência Interno Hospitalar, no que respeita à evacuação de clientes	Promover boas práticas no Bloco Operatório
Atividades Delineadas	<p>Sessão sobre Protocolos Cirúrgicos</p> <p>Prestação direta de cuidados na sala de urgência do Bloco Operatório</p> <p>Acompanhamento da família no período intra-operatório</p>	<p>Auditoria ao Bloco Operatório</p> <p>Sessão e Prática Simulada sobre Evacuação de Clientes no Bloco Operatório</p>	Três Ações de Formação sobre Fardamento no BO; Utilização de EPI; e Higienização das Mãos
Indicadores	Mais de 75% da equipa de enfermagem assista à sessão	Prática Simulada	3 Fichas de Avaliação Formativas sobre cada Sessão
Estratégias	Boa divulgação da sessão e marcar-se uma outra data para a mesma sessão, se necessário	Boa divulgação da sessão e marcar-se uma outra data para a mesma sessão, se necessário	Boa divulgação da sessão e marcar-se uma outra data para a mesma sessão, se necessário
Recursos	<p><u>Materiais:</u> Computador e retroprojektor</p> <p><u>Humanos:</u> Equipa de enfermagem do BO e Dr.^a SR</p>	<p><u>Materiais:</u> Computador, retroprojektor, cartões, extintor, marquesa, cama, aquecedor, ambu e bala de O₂</p> <p><u>Humanos:</u> Enfermeiros do BO, AO e anestesista</p>	<p><u>Materiais:</u> Computador, retroprojektor, fichas de avaliação, folheto informativo, lista de inscrições</p> <p><u>Humanos:</u> Assistentes operacionais (AO)</p>

PLANEAMENTO DO PAC – PESSOA EM SITUAÇÃO CRÓNICA E PALIATIVA

	Cuida de pessoas com doença crónica, incapacitante e terminal, dos seus cuidadores e familiares	Estabelece relação terapêutica com pessoas com doença crónica incapacitante e terminal, com os seus cuidadores e familiares
Objetivos	Adquirir conhecimentos e desenvolver competências na área da Pessoa em Situação Crónica e Paliativa	Adquirir conhecimentos e desenvolver competências na área da Pessoa em Situação Crónica e Paliativa
Atividades Delineadas	<p>Formação: Dignidade em Fim de Vida</p> <p>Curso Básico de Cuidados Paliativos da Associação Portuguesa dos Cuidados Paliativos</p>	<p>Formação: Dignidade em Fim de Vida</p> <p>Curso Básico de Cuidados Paliativos da Associação Portuguesa dos Cuidados Paliativos</p>
Indicadores	Reflexão sobre Pessoa/Família em Situação Crónica e Paliativa	Reflexão sobre Pessoa/Família em Situação Crónica e Paliativa
Estratégias	Frequentar a formação e o curso, participando em todos os momentos de partilha e troca de experiências, e expor as dúvidas que surgirem	Frequentar a formação e o curso, participando em todos os momentos de partilha e troca de experiências, e expor as dúvidas que surgirem
Recursos	<p><u>Materiais:</u> Computador, retroprojektor, fichas de avaliação, apresentações e bibliografia em suporte informático, bloco e caneta</p> <p><u>Humanos:</u> Enfermeiros, médicos, assistentes sociais, psicólogos e padre</p>	<p><u>Materiais:</u> Computador, retroprojektor, fichas de avaliação, apresentações e bibliografia em suporte informático, bloco e caneta</p> <p><u>Humanos:</u> Enfermeiros, médicos, assistentes sociais, psicólogos e padre</p>


[illegible][illegible]

APÊNDICE 15
(APRESENTAÇÃO DA SESSÃO FORMATIVA
COM PRÁTICA SIMULADA)





SESSÃO FORMATIVA E PRÁTICA SIMULADA DE EVACUAÇÃO DE DOENTES NO BLOCO OPERATÓRIO


Mestranda: Rolanda Macedo
Docente Orientadora: Prof.ª Mariana Pereira
Orientadora de Estágio: Enf.ª Céu Reivas



Objetivo Geral


Mobilizar conhecimentos acerca do Plano de Emergência Interno do HSB, no que respeita à evacuação de doentes, através de uma prática simulada de evacuação, de uma sala operatória, para capacitação dos profissionais envolvidos.




Objetivos Específicos

No final da sessão, os profissionais devem ser capazes de:

- Identificar os mecanismos de atuação em situação de catástrofe.
- Ter a percepção geral do algoritmo de evacuação de doentes, em situação de catástrofe.
- Realizar, tendo em conta a sua função específica, a correta evacuação de um doente.



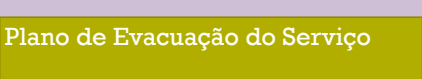
+ PARTE I – Normas Gerais de Evacuação



Responsabilidade pela Decisão de Evacuação de Doentes

Turnos da Manhã:
Enf. Chefe/Coordenador do Serviço

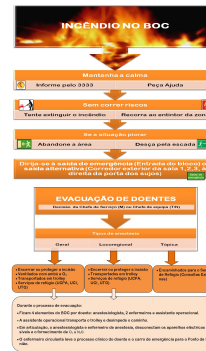
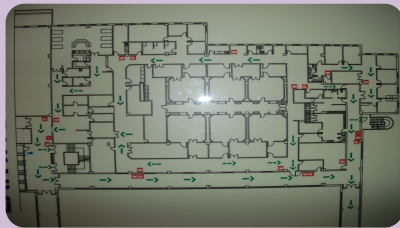
Turnos da Tarde/Noite:
Enfermeiro/Chefe de Equipa



Plano de Evacuação do Serviço



+ Plano de Evacuação do Serviço



+ Exemplo de Catástrofe: O que fazer?

Encontra-se a decorrer uma cirurgia de urgência, apendicectomia por laparotomia, na sala 4, com anestesia geral, quando o equipamento de aquecimento do doente começa a incendiar.

+ Algoritmo de Evacuação

Exemplo para o respetivo caso

Manter a calma

Informar a Central telefónica pelo 3333, indicando que há um incêndio no bloco operatório, no piso 1, na sala operatória 4

Alertar os colegas e pedir ajuda

+ Algoritmo de Evacuação

Exemplo para o respetivo caso

SEM CORRER RISCOS, tente extinguir o incêndio, recorrendo aos extintores existentes na zona

Se as condições piorarem e tiver de abandonar a área e evacuar a pessoa operada, feche todas as portas que for possível

Se o fumo ou os gases de combustão impedirem a visibilidade ou dificultarem a respiração, desloque-se o mais próximo possível do chão

+ Algoritmo de Evacuação

Exemplo para o respetivo caso

Se alguma da sua roupa incendiar, deite-se no chão, de cara tapada com as mãos e role até as chamas se extinguírem

Se a situação o permitir, o cirurgião deverá encerrar a incisão ou o enfermeiro instrumentista deverá protegê-la com compressas húmidas e envolvê-la em campos estéreis

Antes e durante o transporte, o anestesiista e o enfermeiro de apoio à anestesia deverão ventilar a pessoa anestesiada com ambú e aporte de O₂

+ Algoritmo de Evacuação

Exemplo para o respetivo caso

- A assistente operacional tem como função transportar a cama, a abertura e o encerramento das portas

10

- O anestesiologista e o enfermeiro de apoio à anestesia deverão desconectar todos os aparelhos eletrónicos possíveis bem como o fornecimento de O_2 e N_2O

11

- A pessoa anestesiada será retirada da sala operatória na cama e será encaminhada para o serviço de refúgio onde possa continuar a receber cuidados anestésicos/cirúrgicos (UCPA, UCI, UTG)

12

+ Algoritmo de Evacuação

Exemplo para o respetivo caso

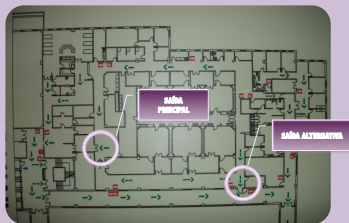
- O enfermeiro circulante acompanha a pessoa com o processo clínico, o carro de emergência e o material e instrumental cirúrgico necessário ao encerramento da incisão para o Serviço de Refúgio

13

- Se a SAÍDA DE EMERGÊNCIA PRINCIPAL (entrada do bloco) estiver bloqueada, dirija-se à SAÍDA ALTERNATIVA (corredor exterior das salas 1,2 e 3, à direita da porta dos sujos)

14

+ Saídas de Emergência



+ Bibliografia

- Manual de Políticas e Procedimentos do CHS – Procedimentos “GRI.05, GRI.06 e GRI.07”. Disponíveis na intranet.
- Plano de Emergência Interno – Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E. – Hospital de São Bernardo.

+ PARTE II – PRÁTICA SIMULADA DE EVACUAÇÃO NO BLOCO OPERATÓRIO

Distribuição de Funções

+ ENTREGA DE CARTÕES DE IDENTIFICAÇÃO DE FUNÇÕES

FUNÇÃO	FUNÇÃO	FUNÇÃO	FUNÇÃO	FUNÇÃO
ENFERMEIRO INSTRUMENTISTA	ENFERMEIRO CIRCULANTE	ENFERMEIRO DE ANESTESIA	ANESTESISTA	ASSISTENTE OPERACIONAL
DEVE	DEVE	DEVE	DEVE	DEVE
<ul style="list-style-type: none"> ■ Realiza a limpeza e a desinfeção da sala operatória. ■ Monitoriza o nível de oxigénio e a saturação de oxigénio do paciente. ■ Monitoriza o nível de oxigénio e a saturação de oxigénio do paciente. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Realiza a limpeza e a desinfeção da sala operatória. ■ Monitoriza o nível de oxigénio e a saturação de oxigénio do paciente. ■ Monitoriza o nível de oxigénio e a saturação de oxigénio do paciente. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Realiza a limpeza e a desinfeção da sala operatória. ■ Monitoriza o nível de oxigénio e a saturação de oxigénio do paciente. ■ Monitoriza o nível de oxigénio e a saturação de oxigénio do paciente. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Realiza a limpeza e a desinfeção da sala operatória. ■ Monitoriza o nível de oxigénio e a saturação de oxigénio do paciente. ■ Monitoriza o nível de oxigénio e a saturação de oxigénio do paciente. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Realiza a limpeza e a desinfeção da sala operatória. ■ Monitoriza o nível de oxigénio e a saturação de oxigénio do paciente. ■ Monitoriza o nível de oxigénio e a saturação de oxigénio do paciente.
ASSISTENTE OPERACIONAL	QUIRURGO AJUDANTE	QUIRURGO	QUIRURGO	QUIRURGO
DEVE	DEVE	DEVE	DEVE	DEVE
<ul style="list-style-type: none"> ■ Realiza a limpeza e a desinfeção da sala operatória. ■ Monitoriza o nível de oxigénio e a saturação de oxigénio do paciente. ■ Monitoriza o nível de oxigénio e a saturação de oxigénio do paciente. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Realiza a limpeza e a desinfeção da sala operatória. ■ Monitoriza o nível de oxigénio e a saturação de oxigénio do paciente. ■ Monitoriza o nível de oxigénio e a saturação de oxigénio do paciente. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Realiza a limpeza e a desinfeção da sala operatória. ■ Monitoriza o nível de oxigénio e a saturação de oxigénio do paciente. ■ Monitoriza o nível de oxigénio e a saturação de oxigénio do paciente. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Realiza a limpeza e a desinfeção da sala operatória. ■ Monitoriza o nível de oxigénio e a saturação de oxigénio do paciente. ■ Monitoriza o nível de oxigénio e a saturação de oxigénio do paciente. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Realiza a limpeza e a desinfeção da sala operatória. ■ Monitoriza o nível de oxigénio e a saturação de oxigénio do paciente. ■ Monitoriza o nível de oxigénio e a saturação de oxigénio do paciente.

APÊNDICE 16

(PLANEAMENTO DAS FORMAÇÕES)

INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE
3º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica

CHX – Bloco Operatório

Enfermeiro Coordenador: MF

Orientadora de Estágio: Enf.ª Céu Relvas

Docente Orientadora: Professora Mariana Pereira

Mestranda: Rolanda Macedo

PLANEAMENTO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO

Tema: **Higienização das Mãos**

Grupo: **Assistentes Operacionais**

Local: **Sala de Reuniões do Bloco Operatório**

Data: **1 de dezembro de 2014**

Hora: **8h.15m**

Duração: **45 minutos**

OBJETIVOS

GERAL: Promover Boas Práticas no Bloco Operatório.

ESPECÍFICOS:

- * Sensibilizar para a importância da higienização das mãos como medida preventiva de Infecções Associadas aos Cuidados Saúde.
- * Promover a prática da higiene das mãos de forma padronizada.
- * Contribuir para que as assistentes operacionais conheçam o procedimento da higienização das mãos.
- * Proporcionar o esclarecimento de dúvidas sobre os 5 momentos para a higiene das mãos.

ETAPAS	DURAÇÃO	CONTEÚDO	ESTRATÉGIAS
INTRODUÇÃO	10'	<p>Apresentação do Sumário:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Introdução ao tema; • Objetivos; • Motivação; • Metodologia. 	Exposição Verbal; Slideshow.
DESENVOLVIMENTO	25'	<p>Higienização das Mãos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • IACS; • 5 Momentos para a Higiene das Mãos; • Lavagem das Mãos; • Fricção Antissética com Solução Alcoólica; • Recomendações Gerais da OMS. 	Exposição verbal; Slideshow.
CONCLUSÃO	10'	<p>Síntese do Tema:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Discussão; • Esclarecimento de dúvidas; • Avaliação. 	Slideshow; Diálogo;

INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE
3º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica

CHX – Bloco Operatório

Enfermeiro Coordenador: MF

Orientadora de Estágio: Enf.^a Céu Relvas

Docente Orientadora: Professora Mariana Pereira

Mestranda: Rolanda Macedo

PLANEAMENTO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO

Tema: Equipamento de Proteção Individual

Grupo: Assistentes Operacionais

Local: Sala de Reuniões do Bloco Operatório

Data: 12 de janeiro de 2015

Hora: 8h.15m

Duração: 45 minutos

OBJETIVOS

GERAL: Promover Boas Práticas no Bloco Operatório.

ESPECÍFICOS:

- * Sensibilizar para a importância da correta utilização dos equipamentos de proteção individual.
- * Contribuir para o conhecimento dos equipamentos de proteção individual existentes e das suas indicações de utilização.
- * Proporcionar o esclarecimento de dúvidas sobre a temática da formação.

ETAPAS	DURAÇÃO	CONTEÚDO	ESTRATÉGIAS
INTRODUÇÃO	10'	<p>Apresentação do Sumário:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Introdução ao tema; • Objetivos; • Motivação; • Metodologia. 	Exposição Verbal; Slideshow.
DESENVOLVIMENTO	25'	<p>Higienização das Mãos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • IACS; • EPI; • Indicações da utilização dos EPI; • Colocação de EPI em segurança; • Remoção de EPI em segurança. 	Exposição verbal; Slideshow.
CONCLUSÃO	10'	<p>Síntese do Tema:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Discussão; • Esclarecimento de dúvidas; • Avaliação. 	Slideshow; Diálogo;

INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE
3º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica

CHX – Bloco Operatório

Enfermeiro Coordenador: MF Orientadora de Estágio: Enf.ª Céu Relvas Docente Orientadora: Professora Mariana Pereira Mestranda: Rolanda Macedo

PLANEAMENTO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO

Tema: Fardamento no Bloco Operatório

Grupo: Assistentes Operacionais

Local: Sala de Reuniões do Bloco Operatório

Data: 19 de janeiro de 2015

Hora: 8h.15m

Duração: 45 minutos

OBJETIVOS

GERAL: Promover Boas Práticas no Bloco Operatório.

ESPECÍFICOS:

- * Sensibilizar para a importância de um correto fardamento no BO.
- * Incentivar os profissionais a cumprir a norma de fardamento instituída no BO.
- * Contribuir para o conhecimento sobre o vestuário do BO.
- * Proporcionar o esclarecimento de dúvidas sobre o fardamento no BO.

ETAPAS	DURAÇÃO	CONTEÚDO	ESTRATÉGIAS
INTRODUÇÃO	10'	<p>Apresentação do Sumário:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Introdução ao tema; • Objetivos; • Motivação; • Metodologia. 	Exposição Verbal; Slideshow.
DESENVOLVIMENTO	25'	<p>Higienização das Mãos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • IACS; • Vestuário do BO. 	Exposição verbal; Slideshow.
CONCLUSÃO	10'	<p>Síntese do Tema:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Discussão; • Esclarecimento de dúvidas; • Avaliação. 	Slideshow; Diálogo;

APÊNDICE 17

(INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DAS FORMAÇÕES)

AVALIAÇÃO FORMATIVA DA SESSÃO

Equipamento de Proteção Individual

Nas afirmações que se seguem, coloque verdadeiro (V) ou falso (F):

- 1 – As siglas EPI significam Equipamento de Proteção Individual. _____
- 2 – A infecção hospitalar é um grande problema de saúde pública, sendo responsável pelo aumento da mortalidade dos clientes, do período de internamento e dos custos hospitalares.

- 3 – O EPI não deve estar perto do local de utilização. _____
- 4 – O EPI deve ser reutilizável e nunca de uso único. _____
- 5 – No caso de artigos reutilizáveis, a responsabilidade do cumprimento da descontaminação dos mesmos deve estar claramente definida. _____
- 6 – O uso de luvas substitui a higiene das mãos. _____
- 7 – As luvas devem ser usadas quando se prevê a exposição a sangue ou a outros fluídos orgânicos. _____
- 8 – O avental deve ser substituído entre clientes. _____
- 9 – Quando a sala operatória está a funcionar, nem sempre é obrigatória a utilização de máscara. _____
- 10 – A máscara deve estar sempre corretamente ajustada. _____
- 11 – Os respiradores (máscaras) só devem ser utilizados nos isolamentos. _____
- 12 – O calçado deve ser removido antes de sair do bloco. _____
- 13 – A touca deve estar bem ajustada à cabeça e cobrir todo o cabelo. _____
- 14 – Para colocar o EPI com segurança deve seguir a seguinte ordem: 1º Luvas, 2º Máscara, 3º Óculos de proteção ou máscara facial com viseira e 4º Bata. _____
- 15 – Para retirar o EPI com segurança deve seguir a seguinte ordem: 1º Luvas, 2º Óculos de proteção ou máscara com viseira, 3º Bata e 4º Máscara. _____

16 – É da responsabilidade de cada profissional escolher o equipamento de proteção individual mais apropriado para cada situação. _____

Nome: _____

AVALIAÇÃO FORMATIVA DA SESSÃO

Fardamento no Boco Operatório

Nas afirmações que se seguem, coloque verdadeiro (V) ou falso (F):

- 1 – O vestuário no Bloco Operatório assume um papel muito importante na área do Controlo de Infecção. _____
- 2 – O profissional deve ter as unhas curtas. _____
- 3 – Apenas as unhas de gel estão contraindicadas. Pode-se utilizar o verniz das unhas normal. _____
- 4 – O profissional deve retirar todos os seus adornos antes de entrar no bloco: anéis, relógios, pulseiras e brincos. _____
- 5 – O fato do bloco deve ser bastante largo para que o profissional se sinta confortável. _____
- 6 – Sempre que sair do serviço deve mudar de farda. _____
- 7 – A farda é exclusiva para uso dentro do bloco. _____
- 8 – O bloco deveria ter casacos de manga curta, para conforto dos profissionais. _____
- 9 – Como preferência, o profissional deve optar por batas descartáveis ou de pano, que são enviadas à lavanderia diariamente. _____
- 10 – A touca de pano deve ser lavada diariamente. _____
- 11 – A máscara é obrigatória dentro da sala operatória e deve ser corretamente colocada e ajustada. _____
- 12 – O calçado não deve ser antiderrapante, nem resistente à lavagem. _____
- 13 – Cumprir a norma do correto fardamento do bloco é da responsabilidade da chefia do serviço. _____

Nome: _____

AVALIAÇÃO FORMATIVA DA SESSÃO

Higienização das Mãos

Nas afirmações que se seguem, coloque verdadeiro (V) ou falso (F):

- 1** – As siglas IACS significam Infecções Associadas aos Cuidados Saúde. _____
- 2** – A higienização das mãos, de forma correta, pode diminuir as IACS. _____
- 3** – É desafio da OMS: Interiorizar os “7 Momentos para a Higiene das Mãos” para quebrar a transmissão da infecção. _____
- 4** – É desafio da OMS: 100% de adesão à prática da higiene das mãos. _____
- 5** – A lavagem das mãos deve ter a duração total de 60 segundos. _____
- 6** – Deve-se utilizar a solução alcoólica quando as mãos se encontram sujas. _____
- 7** – A desinfecção das mãos com solução alcoólica deve ter a duração total de 15 a 30 segundos. _____
- 8** – O sabão para a lavagem das mãos deve ser azul e branco. _____
- 9** – As unhas dos profissionais devem estar curtas e limpas. Não devem ser usadas unhas artificiais, vernizes, anéis ou outros adornos, que dificultam a higienização das mãos.

- 10** – O uso de luvas dispensa a higienização das mãos. _____
- 11** – Mãos visivelmente sujas implicam sempre a lavagem com água e sabão. _____
- 12** – Recomenda-se a aplicação de creme hidratante das mãos, pelo menos uma vez por turno, no final das atividades de trabalho. _____
- 13** – A limpeza e a higiene das mãos são uma das armas mais poderosas no combate a infecções. _____

Nome: _____

APÊNDICE 18

(POSTER SOBRE TERAPIAS DE FERIDAS)



TERAPIA DE FERIDAS POR PRESSÃO NEGATIVA NA CIRURGIA PLÁSTICA E RECONSTRUTIVA

CARLA ROSA 1,2, DANIELA MARTINS 3,2, MIGUEL FERNANDES 4,2, PAULO SALVADO 5,2, ROLANDA MADEO 6,2, ROSÁLIA MARIANO 7,2 E HELENA CARA 2

1 CENTRO HOSPITALAR DE SETÚBAL, EPE - HOSPITAL DE SÃO BERNARDO, 2 ESS/IPS // 3 INSTITUTO PORTUGUÊS DE ONCOLOGIA FRANCISCO GENTIL DE LISBOA - EPE, 2 ESS/IPS // 4 CUF DESCOBERTAS HOSPITAL, 2 ESS/IPS // 5 CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA CENTRAL - HOSPITAL DE SÃO JOSÉ, 2 ESS/IPS // 6 CENTRO HOSPITALAR DE SETÚBAL, EPE - HOSPITAL DE SÃO BERNARDO, 2 ESS/IPS // 7 CUF INFANTE SANTO HOSPITAL, 2 ESS/IPS // 2 ESS/IPS

INTRODUÇÃO

O tratamento de feridas impõe-se como um desafio para os Profissionais de Saúde na sua prática profissional. Numa área que requer uma permanente atualização de conhecimentos, a Terapia de Feridas por Pressão Negativa surge como um método de tratamento não invasivo, conhecido por Encerramento Assistido a Vácuo, que funciona pela aplicação de uma pressão negativa controlada na ferida de forma constante, com equipamento específico¹.

Neste trabalho pretendemos demonstrar a eficácia da Terapia de Feridas por Pressão Negativa no pós-operatório de uma reconstrução mamária.

METODOLOGIA

No presente poster apresenta-se a divulgação de uma das técnicas cada vez mais utilizada no tratamento de feridas, a Terapia de Feridas por Pressão Negativa. O trabalho aqui descrito é um estudo de caso de uma pessoa/cliente submetida a reconstrução mamária, com complicações no período pós-operatório. Este estudo decorreu entre 17/12/13 e 09/01/14. Seguiu os procedimentos éticos necessários, incluindo a obtenção do consentimento informado da pessoa/cliente.

RESULTADOS



A 17/12/13 - Necrose de parte do retalho mamário.

B 22/12/13 - Após desbridamento cirúrgico da necrose do retalho.

C 23/12/13 - Após colocação de penso com vácuo.

D 27/12/13 - 5º Dia de tratamento: Melhor aporte circulatório local, após retirar o 1º penso de vácuo.

E 03/01/14 - 12º Dia de Terapia: Ferida com boa irrigação local, menor profundidade e dimensão. Parte do retalho viável.

F 09/01/14 - Após enxerto de pele.

DISCUSSÃO

Foram realizados vários estudos para comprovar a eficácia da Terapia por Pressão Negativa. Constatou-se que a mesma traduz um método seguro e eficiente na preparação de feridas para o encerramento cirúrgico, melhorando as condições locais das mesmas². O seu sucesso na promoção da cicatrização das feridas deve-se aos mecanismos de ação, na medida em que aumenta o fluxo sanguíneo local, diminui a colonização bacteriana e o edema, melhorando o tecido de granulação da ferida³.

A redução da dimensão e da complexidade da ferida, a aproximação dos bordos da mesma e a sua otimização antes ou após o tratamento cirúrgico são referidas como vantagens desta Terapia⁴.

CONCLUSÃO

Os dados apresentados estão de acordo com o descrito na bibliografia, suportando a evidência de eficácia da Técnica da Pressão Negativa na Cirurgia Plástica e Reconstrutiva. Salienta-se que para além da evidência da técnica enquanto procedimento clínico de sucesso, a sua eficácia está também associada à simplicidade na sua execução.

REFERÊNCIAS

1. Rothrock, J. C. (2008). Cuidados de Enfermagem ao Paciente Cirúrgico. Lisboa, Portugal: Lusodidacta. // 2. Wada, A., Ferreira, M., Tuma, J., Arunategui, G. (2006). Experiência com pressão negativa local (método a vácuo) no tratamento de feridas complexas. São Paulo Medical Journal (online), Vol.124-nº3,150-153. Recuperado a 26 de dezembro de 2013, em <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-31802006000300008> // 3. Ferreira, M., Paggiaro, A. (2010). Terapia por pressão negativa-vácuo. Revista de Medicina, (p.142-146). // 4. Figueiredo, G., Fialho, G., Rosado, D., Delgado, E., Magro, J., Martins, F., Azeiteiro, J. (2010). A pressão negativa no tratamento das complicações da ferida cirúrgica. Congresso da APFF - Exponor. Recuperado a 23 de dezembro de 2013, em: <http://reciadedeferidas.pt>.

Anexos

ANEXO 1
(AUTORIZAÇÃO DA DIRETORA DO CHX)

APRECIAÇÃO DE PROJETOS

Enfermeira

DESPACHO

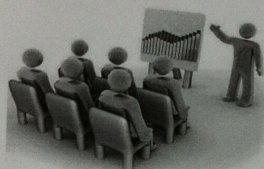
ÁREA	Enfermagem "Programa de Integração dos Enfermeiros no Bloco Operatório"
AUTOR (ES)	Rolanda Meneses Oliveira Macedo rolanda.macedo@gmail.com
ENTIDADE ACADÉMICA	Instituto Politécnico de Setúbal – Escola Superior de Saúde 3º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica
ORIENTADORES	Prof.ª Mariana Pereira (IPS-ESS) / Enf.ª Céu Relvas (CHS)
SERVIÇO	Bloco Operatório
TIPO DE PROJETO	Projeto Intervenção-ação
RESUMO	Proposta de realização de um diagnóstico de situação sobre as necessidades, da equipa de enfermagem do Bloco Operatório, em relação à integração de enfermeiros nesse serviço. Para tal é pedida autorização para aplicação de um questionário à equipa de enfermagem do BO. O questionário visa caracterizar a experiência pessoal de integração no serviço e obter contributos para melhorar o processo. Não são solicitados dados pessoais e é assegurado respeito por princípios éticos, como: consentimento livre e informado, confidencialidade e anonimato.
PROPOSTAS	Sugere-se análise das questões e reformulação das que possibilitem identificar o respondente, bem como um processo de distribuição e recolha dos questionários que impossibilite essa identificação. Os participantes devem ser informados sobre o objetivo do questionário e que o consentimento decorre do preenchimento voluntário.
AUTORIZAÇÕES	Projeto autorizado por: - Enf. , Enf. Chefe do Bloco Operatório ; - Dr.ª , Diretora do Bloco Operatório .
DOCUMENTAÇÃO ANALISADA	Documentos analisados: Pedido de autorização Direção Enfermagem / Termo de responsabilidade da estudante / Instrumento de colheita de dados (questionário) / Autorização Enfermeiro Chefe do BO / Autorização da Diretora Serviço / CV do estudante
Considera-se que, cumprindo as propostas acima realçadas, não existem razões que impeçam a autorização solicitada.	

SGF – Área de Enfermagem

16/04/2014,

ANEXO 2
(FOLHA DE DIVULGAÇÃO DAS FORMAÇÕES)

FORMAÇÃO SEMANAL



FORMAÇÃO EM SERVIÇO

BLOCO OPERATÓRIO

PROGRAMA DE INTEGRAÇÃO PARA OS ENFERMEIROS DO BLOCO OPERATÓRIO

Destinatários: Enfermeiros do B.O.

Formadora: Enf.^a Rolanda Macedo

Data: 27/10/2014 ⇒ 08:15h

ANEXO 3
(FOLHA DE AVALIAÇÃO DAS FORMAÇÕES)

1. IDENTIFICAÇÃO DA FORMAÇÃO

Designação Ciclo Formativo								
Designação Ação								
Data(s)								
Duração								
Modalidade	Inicial	<input type="checkbox"/>	Contínua	<input type="checkbox"/>	Serviço	<input checked="" type="checkbox"/>	Outra	<input type="checkbox"/>

2. APRECIÇÃO GLOBAL DA AÇÃO

A sua opinião é importante para garantir a qualidade da formação promovida pelo CHS. Neste contexto, considerando a classificação abaixo indicada, avalie cada item introduzindo o número correspondente.

Insuficiente - 1	Suficiente - 2	Bom - 3	Muito bom - 4
------------------	----------------	---------	---------------

AVALIAÇÃO DA AÇÃO

Divulgação da formação	
Apoio administrativo (inscrições e informações)	
Utilidade do tema	
Objetivos da ação	
Conteúdos/ Estrutura da ação	
Duração da ação	
Instalações (espaço físico, mobiliário...)	
Equipamentos e meios audiovisuais	

AVALIAÇÃO DO FORMADOR

Domínio dos conteúdos									
Clareza da linguagem									
Esclarecimentos de dúvidas									
Capacidade de motivação									
Relacionamento com os formandos									
Adequação do método pedagógico									
Cumprimento de horários									
Documentação de apoio									

APRECIÇÃO GLOBAL

A ação de formação terá impacto positivo ao nível do seu desempenho?

Sim ☐ Não ☐

Justifique

Sugestões/ observações: